FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1880 — N° 370

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 6 août 1880, à 1 heure

Par Paul DE LAMER
Né à Perpignan (Pyrénées-Orientales)
Ancien externe en médecine et en chirurgie des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique (1879)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES KYSTES DU REIN

Président : M. RICHET, *professeur.*

Juges : MM. { DEPAUL, *professeur.* CHANTREUIL, POZZI, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
ALPHONSE DERENNE
52, boulevard Saint-Michel, 52
1880

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRÉLAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	G. SÉE. LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques et de dermatologie	FOURNIER.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	DEPAUL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.

Doyen honoraire : M. WURTZ.

Professeurs honoraires.

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS

Agrégés en exercice.

MM. ANGER Benj.	MM. DELENS	MM. HENNINGER	MM. POZZI
BERGER	DIEULAFOY	HUMBERT	RENDU
BERGERON	DUGUET	DE LANESSAN	RICHELOT
BOUCHARDAT.	DUVAL	LANCEREAUX	RICHET
BOURGOIN	FARABEUF	LEGROUX	RIGAL
CADIAT	FERNET	MARCHAND	STRAUSS
CHANTREUIL	GAY	MONOD	TERRIER
CHARPENTIER	GRANCHER	OLLIVIER	TERRILLON
DEBOVE	HALLOPEAU	PINARD	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N...
— des maladies des enfants	N...
— d'ophthalmologie	N...
— des maladies des voies urinaires	N...
Chef des travaux anatomiques	FARABEUF

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE VÉNÉRÉ, MON PREMIER MAITRE

LE DOCTEUR JUSTIN MASSOT
Chirurgien en chef de l'hospice civil de Perpignan
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR PAUL MASSOT
Chirurgien en chef honoraire de l'hospice civil de Perpignan
Sénateur des Pyrénées-Orientales

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. LE DOCTEUR JULES GUYOT
Médecin de l'hôpital Beaujon (1875)

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié (1875)

M. LE DOCTEUR SIMON DUPLAY
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière (1876)

M. LE DOCTEUR BERNUTZ
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'hôpital de la Charité (1877)

M. LE DOCTEUR FERNET
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'hôpital Lariboisière (1878)

M. LE DOCTEUR LÉON LABBÉ
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière (1879)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RICHET
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

KYSTES DU REIN

INTRODUCTION

Deux kystes du rein, observés à Saint-Louis et à Lariboisière dans le service de M. le Dr Duplay nous ont fourni l'occasion d'étudier ce genre de tumeurs.

Loin de nous la prétention de tracer ici l'histoire complète des kystes du rein ; notre ambition est moindre, et nous nous contenterons de résumer en quelques pages les notions qui nous ont paru le plus essentiellement utiles au clinicien sur ce sujet. Le traité des maladies du rein de M. Lecorché, l'article de M. Lancereaux dans le Dictionnaire encyclopédique, la bonne thèse de Chappuis sont des sources françaises où nous avons pu largement puiser ; parmi les auteurs étrangers, Spencer, Wells et Simon nous ont été d'une grande utilité.

Bien que nous n'ayons en vue que le côté clinique de la question, il nous a paru indispensable de donner un aperçu d'anatomie et de physiologie pathologique.

L'étiologie a ici son importance ; dans l'interrogatoire du malade, l'histoire des antécédents peut nous être d'un grand secours, quand il s'agit de formuler un diagnostic ou seulement de le confirmer.

Les symptômes, le diagnostic et le traitement formeront le fond de notre travail. On verra que le diagnostic, souvent fort difficile, est cependant possible dans bien des cas, comme l'attestent quelques-unes de nos observations.

Nous voulons insister sur l'importance de la ponction capillaire aspiratrice et comme moyen de diagnostic, et quelquefois aussi comme moyen curatif ; nos deux principales observations viennent apporter un solide appui à cette assertion. Ces deux observations, nous les devons à notre excellent maître, le Dr Duplay ; qu'il permette à un de ses élèves dévoués de lui exprimer ici publiquement toute sa reconnaissance pour ses conseils et sa bienveillance.

KYSTES DU REIN

Diverses affections du rein peuvent donner lieu à la formation de kystes ; M. Lécorché en distingue trois sortes : les kystes urinaires, les kystes séreux et les kystes hydatiques. Les premiers, formés par la dilatation kystique de canalicules, rénaux, multiples, de fort petit volume, pouvant transformer le rein en une sorte de grappe, constituent l'affection que l'on a appelée dégénérescence kystique du rein. Ils n'atteignent jamais un volume suffisamment considérable pour nous intéresser en tant que tumeur abdominale à diagnostiquer et à traiter ; nous n'avons donc pas

à nous en occuper. Les kystes dits séreux ou séro-sanguins et les kystes hydatiques, grâce à leur volume parfois considérable, entrent de plein droit dans notre sujet.

Bien que les auteurs ne confondent point l'hydronéphrose avec les kystes du rein, nous ne croyons pas pouvoir dans une étude clinique faire une distinction ; un rein atteint d'hydronéphrose forme un véritable kyste abdominal, et, par sa fréquence relative, nous admettons que cette variété de kyste rénal est la plus importante au point de vue chirurgical.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

1° *Kyste hydatique.* — Les kystes hydatiques sont beaucoup plus rares dans le rein que dans certains autres organes ; sur 238 cas, Davaine en trouve 166 dans le foie, 42 dans le poumon et 30 seulement dans le rein. Plus fréquents à gauche qu'à droite, ils se développent ordinairement aux dépens d'une extrêmité.

La structure des parois du kyste où le caractère des échinococques n'empruntent à leur siége spécial rien de particulier ; mais il n'en est pas de même du liquide au milieu duquel plongent les vésicules filles ou les échinococques. Outre la forte proportion de chlorure de sodiumque l'on observe dans le liquide de tout kyste hydatique, en général, le liquide du kyste hydatique du rein renferme des substances propres à ce siége dans l'organe urinaire. Barker y a découvert de l'acide urique, de l'oxalate de chaux et du phosphate de soude ; Queket, du phosphate ammoniaco-

magnésien cristallisé; enfin Lucke y a constaté l'existence du sucre de raisin.

On comprend très bien la pénétration de ces différentes substances de l'urine lorsqu'on se rappelle la grande puissance de dialyse dont jouissent les parois, ainsi que l'a démontré l'expérience que Cruveilher fit avec de l'encre (Lécorché).

Dans le rein, le hyste hydatique évolue comme ailleurs; à la période d'état peut succéder la période de sénilité avec mort des échinococques, résorption du liquide et régression graisseuse; à l'autopsie on constatera ces diverses phases; on constatera aussi le résultat de diverses complications telles que l'inflammation et la rupture. Les parois du kyste enflammé sont épaisses, injectées, et le liquide est opalescent et même tout à fait purulent. Quant à la rupture, on la rencontrera plus souvent dans le bassin qu'ailleurs; elle s'y est produite 48 fois sur 67 cas observés; les autres cas se divisent en ruptures dans l'intestin (Pascal), dans les bronches (Fiaux, Béraud) et à la surface cutanée (Davaine, Rayer).

La rupture péritonéale est absolument exceptionnelle.

2° *Kystes séreux, hystes séro-sanguins.* — Ces kystes paraissent avoir pour point de départ la substance médullaire ou la substance corticale, ils semblent se développer au niveau des gaînes asculaires, dans le tissu conjonctif intermédiaire aux pyramides de Malpighi (Lécorché). Ils peuvent occuperles deux reins, mais le plus souvent ils sont limités à unseul. D'un volume variable, ils dépassent rarement celui d'un marron ou d'une pomme; ils peuvent être uniques ou multiples, mais sans jamais donner lieu à une

agglomération analogue à la dégénérescence kystique. Dans quelquescas seulement ils prennent des dimensions considérables et forment une tumeur reconnaissable pendant la vie.

La paroi interne en est lisse, bleuâtre, d'aspect de séreuse ; elle n'est jamais recouverte d'un épithélium ressemblant à celui des canalicules urinifères ; la paroi est formée de tissu connectif.

Le liquide contenu est limpide et transparent, jaune citrin ; on n'y trouve ni urée ni aucun élément de l'urine (Lécorché). M. Mollière a présenté à la Société des sciences médicales de Lyon une pièce anatomique qui nous paraît être un type de kyste séreux du rein ; nous croyons utile de résumer ici la description de cette pièce et l'analyse du liquide contenu.

« Rein kystique ayant appartenu à une vieille femme morte d'une affection chronique des poumons, sans avoir présenté de troubles du côté des voies urinaires. L'examen approfondi prouve que le kyste est formé par le tissu rénal lui-même, et non par le bassinet ou l'uretère. Les parois du kyste sont uniformes, de façon qu'on ne peut invoquer, pour expliquer sa formation, la fusion de plusieurs kystes congénères.

L'analyse du liquide donne :

Eau.	955,446
Matières solides. .	44,554
Albumine	26,229
Sels.	18,817

Quantité, 130 centimètres cubes ; réaction alcaline, couleur jaune citron ; densité, 1017 ; odeur nulle ; viscosité faible. Traces douteuses d'urée. »

Le liquide ne conserve pas toujours ces caractères ; surtout quand le kyste est volumineux, il se produit des épanchements sanguins qui modifient complétement l'aspect du contenu kystique ; il est visqueux ou granuleux, de teinte chocolat, jaunâtre ou verdâtre, assez semblable au liquide renfermé dans les hématocèles vaginales (Lancereaux). La paroi peut, elle aussi, dans certains cas, être comparée à la paroi de l'hématocèle vaginale et présenter une disposition en feuillets stratifiés avec des fausses membranes plus ou moins adhérentes, l'observation XXIV tirée de la thèse de Thoureu en offre un remarquable exemple.

Troisième hydronéphrose. — L'hydronéphrose est caratérisée par la dilatation kystique des calices du bassinet, et même de la partie supérieure de l'uretère ; on comprend que ces organes puissent se laisser distendre par l'urine, quand un obstacle quelconque s'oppose à son écoulement.

Le kyste est de petit volume, si l'hydronéphrose est partielle, c'est-à-dire limitée au calice ; mais quand le bassinet est lui-même distendu, quand l'hydronéphrose est totale, la tumeur peut atteindre des dimensions énormes ; on l'a vue contenir jusqu'à 60 litres de liquide ; le volume d'une tête d'adulte n'est pas rare. Au début, le rein, refoulé et comprimé de dedans en dehors, coiffe la tumeur comme un casque, bientôt la distension du bassinet et des calices devient considérable, la substance rénale refoulée et comprimée, s'atrophie de plus en plus, et peut disparaître presque en totalité. Alors le kyste présente l'aspect d'une tumeur volumineuse, fluctuante, semblable à une vessie distendue ; la surface est blanchâtre, et peut présenter des bosselures, vestiges de l'état lobulé du rein. La membrane qui

tapisse la face interne du kyste est constituée par la muqueuse des calices et du bassinet ; mais son aspect s'est modifié, elle a pris une teinte blanchâtre, et ressemble à une séreuse (Lécorché). Comme la couche muqueuse, la couche musculaire a perdu ses caractères physiologiques, ses fibres ont subi la dégénérescence graisseuse ; la paroi est exclusivement formée de tissu conjonctif. On retrouve sous forme d'îlots disséminés sur la tumeur des traces de la substance corticale et de la substance médullaire du rein ; les coupes histologiques y montrent des glomérules de Malpighies et des vaisseaux au milieu de tissu connectif. On trouvera tous ces faits dans l'observation VI. Nous devons à l'obligeance de M. Gailliard, interne des hôpitaux, d'avoir pu nous rendre compte *de visu* de ces diverses modifications sur les préparations microscopiques.

L'examen du liquide de cette variété de kystes est pour nous d'un intérêt extrême : nous verrons plus loin les avantages que son analyse peut apporter au diagnostic.

Le liquide est variable comme aspect suivant que le kyste est récent ou ancien ; mais dans tous les cas, un point essentiel, et qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que ce liquide contient *toujours de l'urée*, d'après Rayer ; dans toutes les observations de cet auteur, jamais l'urée n'a fait défaut.

Quand il existe une communication si petite qu'elle soit entre le kyste et les voies urinaires, le liquide continue à garder une composition analogue à celle de l'urine, on trouve en plus de l'albumine due à une néphrite parenchymateuse concomitante (Lécorché). Cette même composition se retrouve dans le kyste sans communication avec les voies

urinaires, mais seulement au début. Dans la suite, ce contenu s'épaissit, devient comme gélatineux, souvent noirâtre. Plus tard il se transforme encore et devient analogue à de l'eau ou à du serum sanguin. M. Lécorché dans son beau livre sur les maladies du rein, donne de ces transformations une explication des plus séduisantes, que nos reproduisons presque textuellement. Dans la première période, la tension à l'intérieur du kyste n'est pas encore suffisante pour mettre un obstacle complet à la sécrétion urinaire ; de là, la composition urinaire du liquide.

Dans une seconde période, il n'arrive plus d'urine dans la tumeur ; en effet, pour que l'urine soit sécrétée, il faut que la tension artérielle conserve sa moyenne physiologique, et dans le cas particulier la tension artérielle est contrebalancée par la tension du kyste. Alors s'établissent entre le liquide et le sang des courants endosmotiques et exosmotiques ; les éléments de l'urine disparaissent peu à peu, sauf cependant l'*urée* qui est peu dialysable. Le liquide change de caractère, il devient muqueux ; en effet, si l'urine n'est plus sécrétée, la muqueuse n'en continue pas moins à fonctionner ; sous l'influence de la distension elle semble même devenir le siége d'une hypersécrétion. Enfin, il arrive un moment où la pression est trop forte pour qu'il y ait encore sécrétion ; c'est alors que la membrane s'atrophie, et que se produisent des ruptures vasculaires : de là la teinte jaunâtre, parfois noirâtre que présente le liquide gélatineux. Dans une troisième période, la muqueuse ne sécrétant plus, le liquide perd les caractères mucilagineux qu'il présentait ; il devient séreux, c'est-à-dire qu'il n'est que l'expresssion de l'état anatomique nouveau de la mem-

brane qui l'enveloppe, qui de muqueuse est passée à l'état de séreuse.

L'opinion personnelle de Rayer, qui déclare constante la présence de l'urée dans le liquide d'hydronéphrose, trouve un appui dans notre observation I ; ici, en effet, l'analyse chimique a dévoilé des quantités notables d'urée ($2^{gr}.56$ pour $1,000^{gr}$). D'autre part, dans ce même liquide, l'examen microscopique a constaté d'autres éléments spéciaux à l'organe urinaire, tels que des cellules épithéliales du rein, des cylindres hyalins et des cristaux d'acide urique. En outre, M. Netter, interne des hôpitaux, y a reconnu des globules rouges altérés comme ils le sont quand ils ont séjourné dans l'urine.

On peut trouver non-seulement du liquide, mais aussi des gaz dans un rein kystique, et cela, sans qu'il y ait aucune communication avec l'intestin : cependant le fait doit être exceptionnel, car nous n'avons pu en recueillir qu'un seul cas publié par M. le docteur Lannelongue (observation V).

L'examen anatomique d'un kyste par hydronéphrose permet le plus souvent de découvrir la cause de l'obstacle au cours de l'urine ; ordinairement des calculs, parfois des vésicules hydatiques. Rayer a signalé des valvules de l'uretère et des tumeurs fongueuses de ce conduit. D'autres fois, c'est un caillot sanguin, ou bien l'on observe un simple gonflement ou un épaississement des conduits urinaires.

ÉTIOLOGIE.

1° *Kyste hydatique.* — Les conditions de développement du kyste hydatique dans le rein sont les mêmes que dans tout autre organe ; l'embryon du tœnia du chien introduit dans l'estomac avec les aliments ou les boissons passe dans le sang et va se fixer dans un organe quelconque sans que nous puissions déterminer la cause de son choix.

C'est de 20 à 40 ans que se montre ordinairement le kyste hydatique du rein. Cependant on peut quelquefois le rencontrer aux deux extrêmes de la vie.

La femme semble moins prédisposée que l'homme à cette affection.

On a accusé les chagrins, les misères, l'alimentation insuffisante, d'être une prédisposition ; mais cela n'est rien moins que prouvé. Il en est de même de l'opinion de Rayer qui a cru pouvoir rapporter des kystes hydatiques du rein à des chutes et des contusions de la région lombaire.

Le kyste hydatique est rare en Amérique et dans l'Inde ; on l'observe fréquemment, au contraire, en Angleterre, en France, en Allemagne, et surtout en Islande où il est endémique, ce qui tient à la cohabitation des Islandais avec leurs chiens.

2° *Kystes séreux.* — L'étiologie des kystes séreux est fort obscure ; Simon, Rokitanski, Paget et Gairdner ont admis, mais sans le démontrer, qu'ils étaient dus à la

rupture des canalicules urinifères et à l'épanchement dans le tissu connectif intercanaliculaire de cellules éphithéliales qui se développeraient sous forme de kystes. On les a rencontrés à tout âge, et ils ont paru dans certains cas succéder à un traumatisme de la région lombaire.

3° *Hydronéphrose.* — On sait que l'hydronéphrose est due à l'accumulation lente de l'urine dans le rein, par suite d'un obstacle apporté à son écoulement physiologique. Le plus souvent l'obstacle est un calcul arrêté dans l'uretère : aussi pouvons-nous considérer la lithiose rénale comme la cause la plus fréquente de cette variété de kystes du rein. Dans certains cas, la présence dans l'uretère de vésicules hydatiques a pu être incriminée; de façon que l'on peut imaginer une sorte de kyste mixte, un kyste par hydronéphrose contenant des débris de kyste hydatique. Des caillots sanguins peuvent aussi obturer plus ou moins complètement les voies urinaires et devenir la cause de l'hydronéphrose ; ce mécanisme nous paraît fort bien expliquer des hydronéphroses consécutives à des contusions du rein, et l'observation XXIX nous semble prouver absolument l'existence d'hydronéphroses traumatiques; dans le cas cité, l'hématurie survenue aussitôt après l'accident plaide en faveur d'un rapport de cause à effet, et contre l'idée d'une simple coïncidence.

D'autres fois, l'obstacle au cours de l'urine ne saurait être attribué qu'à une altération des parois de l'uretère ; Rayer a observé des tumeurs fongueuses, des valvules, de l'épaississement ou du gonflement de ce conduit. M. le Dr Hayem, à propos du kyste du rein qui fait l'objet de l'observation VI, comparait le rétrécissement de l'uretère constaté à

l'autopsie, aux rétrécissements de l'urèthre ; ces derniers sont dus à l'inflammation chronique causée par une blennorrhagie ancienne, le rétrécissement de l'uretère serait dû, lui aussi, à une inflammation chronique ayant modifié ses parois, et l'origine de cette inflammation serait dans la vessie ; en effet, les vieillards sont généralement atteints de cystite chronique et l'on peut admettre une propagation de la plegmasie du côté des uretères.

Certaines malformations congénitales des uretères sont classées par les auteurs parmi les causes de l'hydronéphrose ; fréquemment ces malformations ont été trouvées associées à d'autres vices de conformation, imperforation de l'anus, pied-bot, bec-de-lièvre, etc.

Les tumeurs du bassin, et en particulier le cancer de l'utérus, produisent fréquemment l'obstruction des uretères et l'accumulation de l'urine dans le rein ; mais dans ce cas, l'hydronéphrose n'est qu'un épiphénomène de la tumeur principale, qui évolue vers la terminaison fatale d'autant plus rapidement que l'excrétion urinaire est entravée, et la tumeur rénale n'a pas le temps de se développer suffisamment pour nous intéresser comme kyste abdominal.

SYMPTOMES

Un kyste du rein, quelle que soit sa variété, peut acquérir un certain volume sans provoquer aucun trouble fonctionnel appréciable. En général, depuis l'instant où la tumeur commence à se développer, jusqu'à celui où elle

devient accessible à l'exploration du médecin, on se trouve en présence de signes très incertains qui ne permettent pas le diagnostic ; tels sont des douleurs, des sensations vagues, des tiraillements dans la région lombaire, des iradiations douloureuses vers les fosses iliaques, parfois de véritables attaques de colique néphrétique.

Plus tard le kyste, continuant son évolution, prend un volume assez considérable pour être reconnu à l'examen médical. Ordinairement le malade vient nous consulter parce qu'il a remarqué que son ventre augmentait de volume, parce qu'il a découvert une grosseur dans son abdomen ; d'autres fois il arrive que la tumeur prend d'assez fortes dimensions sans attirer l'attention du malade, et ce n'est que par hasard qu'on la remarque. Dans certains cas, on se trouve en présence d'un individu qui se plaint de douleurs fort vives dans les lombes et dans l'abdomen, qui a été pris de frissons et de fièvre violente ; on palpe la région douloureuse, et l'on est fort étonné de trouver une tumeur fluctuante volumineuse, très douloureuse à la pression : c'est un kyste du rein enflammé, kyste du rein ignoré jusqu'à l'époque de son inflammation. Quoi qu'il en soit, il existe une tumeur abdominale présentant des caractères particuliers à nos divers moyens d'exploration.

Inspection. — Si la tumeur est considérable, on peut constater que le ventre est arrondi et volumineux du côté affecté ; et si pour mieux examiner la région lombaire, on fait mettre le malade sur les mains et les genoux, on remarquera que cette région est bombée du côté malade au lieu de présenter une gouttière parallèle aux apophyses épineuses.

Palpation. — La palpation nous donne des notions de la plus haute importance ; elle nous permet de découvrir une tumeur occupant un des hypochondres, limitée en haut par les dernières côtes, en bas par la fosse iliaque. Le volume de cette tumeur est variable à un œuf d'autruche, une tête d'adulte. La forme est ovoïde ou sphérique, d'autresfois indéterminée ; on peut trouver à la surface des bosselures plus ou moins nombreuses, plus ou moins considérables. La fluctuation peut être très manifeste, ou bien c'est une sensation de rénitence que l'on éprouve ; cela arrive quand les parois du kyste sont épaisses et que la tension intérieure est considérable. Pour percevoir le plus nettement possible ces diverses sensations, il est bon de faire maintenir en place la tumeur par la main d'un aide.

Si prenant la tumeur entre les mains on essaie de lui imprimer des mouvements, on remarque qu'elle jouit d'une certaine mobilité dans le sens transversal ; mais dans le sens vertical, le plus léger mouvement est impossible. On remarquera aussi que dans les fortes inspirations, la tumeur reste immobile et ne suit nullement les mouvements d'élévation du diaphragme.

Que l'on essaye de limiter le kyste, on constatera qu'il est possible d'insinuer l'extrémité des doigts entre les fausses côtes et la tumeur, en refoulant celle-ci en bas, et l'isolant en quelque sorte du foie. A la partie inférieure, on sent qu'il n'existe pas de prolongement dans le petit bassin.

Le toucher vaginal nous apprend que les mouvements imprimés à la tumeur ne se communiquent pas à l'utérus.

Percussion. — Après la palpation, la percussion est un

moyen d'investigation des plus utiles pour étudier les kystes du rein. Les conditions de sonorité ou de matité nous permettent de préciser jusqu'à un certain point les limites de la tumeur et nous font connaître les rapports que la masse intestinale affecte avec elle ; ce sont là, comme on le verra, des notions d'une utilité extrême pour le diagnostic du siège d'un kyste abdominal.

Percutons minutieusement la tumeur et les parties circonvoisines, et voici ce que nous observons :

En avant, au-dessous du rebord costal, il existe une petite zone de sonorité. Plus bas, la face antérieure de la tumeur est mate en partie, mais on découvre des points sonores dus à l'interposition de l'intestin. Entre la tumeur et l'arcade de Fallope, se trouve une zone de sonorité. Sur la ligne axillaire, la matité est complète et se continue à la région lombaire ; dans cette région aucun point ne présente de sonorité à aucun degré, la matité y est absolue.

Tels sont les signes locaux d'un kyste d'origine rénale, quelle que soit sa nature.

Quant aux troubles fonctionnels, ils sont moins importants et moins caractéristiques. Ils peuvent être nuls pendant un temps fort long, et le plus constant peut-être consiste dans la sensation de tiraillement et de pesanteur à la région lombaire. Même avec une tumeur considérable, l'état général peut se maintenir pendant des mois et même des années. Un autre symptôme des plus constants est la constipation, constipation opiniâtre qui est due à la compression permanente de l'intestin par la tumeur. Si celle-ci est fort volumineuse, le diaphragme est refoulé en haut, et il en résulte un état de dyspnée, qui a été observé dans certains cas.

L'interrogatoire des malades peut offrir un grand intérêt. C'est, bien entendu, sur la fonction urinaire qu'il faut porter surtout son investigation. Certains malades ne nous donneront aucun renseignement utile; d'autres, au contraire, nous raconteront que quelque temps avant, à une ou plusieurs reprises, ils ont remarqué que leur urine était rougeâtre, teintée de sang; cette hématurie s'est produite soit après un traumatisme de la région lombaire, soit sans cause connue; d'autres, encore, accuseront dans leurs antécédents des attaques de colique néphrétique; ils nous diront que leurs urines à un moment donné étaient troubles, purulentes, chargées de gravier; quelquefois aussi ils auront rendu dans les urines des débris de membranes hydatiques.

Ces divers troubles de la fonction urinaire notés dans l'interrogatoire, on peut les observer soi-même à l'examen des urines; aussi ne faut-il jamais omettre cet examen. Mais nous devons avouer que les caractères anormaux de l'urine sont absolument inconstants; tantôt on ne trouve rien, tantôt on découvre du pus, du sang, du gravier ou des débris d'hydatides, souvent aussi l'urine contient de l'albumine.

Il faut combiner l'interrogatoire du malade et l'examen direct des urines, de façon à obtenir le plus possible de notions utiles.

Dans les urines de tel malade peu observateur qui n'y aura jamais rien remarqué d'anormal auparavant, nous découvrirons du sable ou du sang; chez un autre qui accuse très nettement de la gravelle dans ses antécédents, l'examen direct nous donnera un résultat négatif, et nous de-

vrons alors supposer que le trouble urinaire n'est pas permanent, mais se produit par intermittences. Parfois aussi l'examen des urines viendra pleinement confirmer les renseignements donnés par le malade.

Que le kyste rénal soit un kyste hydatique, un kyste séreux, ou un kyste par hydronéphrose, l'interrogatoire du malade et l'examen de la fonction urinaire peuvent être absolument négatifs et ne nous rien dévoiler d'anormal ; d'autre part, l'examen de la tumeur de l'hypochondre ne nous permet pas de distinguer la nature de chacun de ces kystes qui, à égal volume, peuvent donner lieu aux mêmes symptômes fonctionnels. Aussi avons-nous pu réunir, dans une description clinique commune, nos trois variétés de kystes ; quelques particularités inhérentes à chacune d'elles, dans leur marche et leur terminaison, nous obligent maintenant à les séparer et à faire une distinction.

MARCHE. — TERMINAISONS. — PRONOSTIC.

1° *Kyste hydatique.* — Dans une première période, le kyste hydatique du rein ne donne guère lieu à d'autres symptômes que ceux qui résultent de son augmentation de volume ; mais plus tard, la scène change, et les phénomènes observés sont en rapport avec les diverses terminaisons du kyste hydatique.

Souvent, le kyste hydatique du rein peut se vider dans les voies urinaires, et il survient alors des accès douloureux ressemblant fort aux accès de colique néphrétique. Présentant son maximum à la région rénale, la douleur s'irradie

le long du trajet de l'uretère, à l'aîne, aux parties génitales et même vers le côté sain. Quelques malades ont signalé une sensation subite de craquement dans le rein. Les hydatides, arrivées dans la vessie, donnent lieu à des besoins fréquents d'uriner, et si le malade urine, le jet s'interrompt tout à coup pour revenir un instant après sous l'influence d'efforts, de mouvements ou d'un changement de position. La verge et le gland sont le siège de vives douleurs, analogues à celles que donne un calcul qui vient frapper au col vésical. Ces accidents se renouvellent jusqu'à évacuation complète du kyste. Les urines sont limpides, purulentes ou mêlées de sang ; elles contiennent des hydatides petites et intactes, ou plus grosses et déchirées, ramollies, transformées en une sorte de magma gélatineux, et presque toujours l'on trouve dans le sédiment quelques crochets d'échinococques (Lancereaux).

Un malade traité par Aulagnier (*Journal gén. de méd.*, t. LVI, avril 1816, p. 168), rendait, depuis quatre mois, une matière puriforme, ressemblant à du blanc d'œut, s'attachant au fond du vase ; le malade dépérissait lorsqu'il expulsa successivement 17 hydatides, et bientôt il fut complétement guéri.

On a observé, mais rarement, des nausées, des vomissements et de la fièvre. Après une série de ces accès, tout peut rentrer dans l'ordre et la guérison être obtenue ; mais le kyste peut se reformer et alors les mêmes accidents se reproduisent au bout d'un ou plusieurs mois, quelquefois pendant des années. D'après les analyses de Béraud, cette terminaison des kystes hydatiques du rein et son cortége de symptômes, auraient eu lieu 48 fois sur 64 cas.

Il existe dans la science deux cas d'ouverture de kystes hydatiques du rein dans les voies respiratoires, et la condition de cette terminaison est la suppuration de la poche kystique ; cette suppuration, grâce au tissu cellulaire péri-rénal, gagne le diaphagrme, la plèvre et le poumon ; le malade éprouve une vive douleur à la base de la poitrine ; l'auscultation trouve des râles muqueux, du gargouillement et du souffle caverneux ; les crachats contiennent du pus et des membranes hydatiques.

La rupture dans l'intestin et la rupture au dehors de la paroi abdominale externe ont été notées deux fois.

Si le kyste hydatique n'est pas évacué, il peut acquérir d'énormes dimensions, comprimer les organes voisins et donner la mort par épuisement. D'autres fois il peut s'enflammer, se rompre et donner lieu à une suppuration diffuse rapidement mortelle.

Les kystes hydatiques ont une durée variable, mais qui est en général de plusieurs années. Sur 63 cas rassemblés par Béraud, la guérison a eu lieu 20 fois ; la mort 20 fois ; 16 fois les hydatides continuèrent à être expulsées par les urines ; 7 fois il n'est pas fait mention de la cause de mort.

Le pronostic des kystes hydatiques du rein est moins grave relativement que celui des autres organes. Le plus grand danger de ces tumeurs vient des accidents provoqués par leur rupture. Or nous savons que les hydatides des reins sont souvent évacuées par les voies urinaires, sans accident grave. L'ouverture dans d'autres organes est plus grave ; les deux cas d'ouverture dans les bronches ont été suivis de mort. Si, d'autre part, nous considérons les chances de mort par rupture, inflammation, suppuration, nous

ne devons pas regarder le kyste hydatique du rein comme une affection bénigne.

2° *Kystes séreux et séro-sanguins.* — Les kystes séreux du rein peuvent rester stationnaires pendant fort longtemps, sans pouvoir apporter aucun trouble à la sécrétion urinaire, et sans altérer la santé. Mais à un moment donné, soit qu'il se passe à leur intérieur un épanchement sanguin, soit par suite d'un processus inconnu, ils présentent tout à coup une augmentation de volume considérable. Ils peuvent dans leur augmentation de volume procéder par poussées successives ; stationnaires pendant quelque temps, après chaque poussée, ils finissent, par atteindre, après une série d'accroissements, un volume suffisant pour troubler la fonction des organes voisins, et même celle des poumons par refoulement du diaphragme.

La compassion prolongée des organes abdominaux donne lieu à l'épuisement, et à la cachexie, et, c'est là un des mécanismes de la mort par kyste séreux du rein. L'inflammation, la suppuration, la rupture sont des accidents qui, dans les cas connus, ont pu amener la mort.

On voit par là que le pronostic des kystes séreux du rein est loin d'être bénin. Quand un de ces kystes a acquis un volume suffisant pour être diagnostiqué, le malade est constamment menacé d'accroissements brusques, de ruptures ou d'inflammations, accidents qui peuvent causer la mort dans le plus bref délai.

3° *Hydronéphrose.* — L'hydronéphrose a une marche et des terminaisons variables. Elle peut guérir spontanément, mais c'est là un fait d'une extrême rareté ; dans ces cas, la tumeur après avoir acquis un grand volume, s'affaisse

tout à coup, le malade urine très abondamment, puis tout rentre dans l'ordre, la tumeur ne se reproduit pas ; l'obstacle au cours de l'urine a disparu, et le liquide retenu dans le kyste rénal s'est écoulé dans la vessie, et a été évacué. Ce liquide uriné par le malade offre des caractères particuliers ; il est filant, semblable au liquide ascitique, d'odeur urineuse, et il contient de l'albumine.

Le plus souvent l'affaissement du kyste ne persiste pas, et le liquide ne tarde pas à se reproduire ; on se trouve alors en présence d'une sorte de kyste intermittent, soumis de temps en temps à une évacuation spontanée de son liquide par les voies urinaires ; cependant après quelque temps, ces évacuations périodiques peuvent ne plus se reproduire, et d'intermittent, le kyste devient permanent. Dans certains cas, il reste fort longtemps stationnaire, à l'état presque latent, sans causer aucun trouble, ne s'accusant que par la tumeur qu'il forme. Mais très souvent la mort est la conséquence d'un kyste rénal par hydronéphrose ; la terminaison fatale survient par plusieurs mécanismes différents.

Si la tumeur devient très volumineuse, elle peut tuer par son volume ; c'est la mort par épuisement, amenée comme l'expose fort bien Courty à propos des kystes de l'ovaire.

1° Par compression de l'intestin, d'où obstruction des matières, et arrêt dans la nutrition.

2° Par le refoulement du diaphragme, du cœur, des poumons, d'où asphyxie et gêne de l'hématose.

3° Nutrition de la tumeur aux dépens du malade.

4° Entrave apportée à la circulation par la compression, d'où œdème et fièvre hectique.

D'autres fois le kyste devient douloureux, la moindre pession est intolérable, les malades éprouvent vers le soir une sensation de froid, de la chaleur ensuite, de la fièvre, de la soif : ce sont là des signes qui indiquent l'inflammation du kyste. Mais la fièvre devient continuelle, l'appétit et les forces se perdent, il survient des vomissements, de la diarrhée, de l'amaigrissement, et le malade finit par mourir, miné par la fièvre hectique. Consécutivement à l'inflammation, il est arrivé que le kyste se soit rompu ; il nous paraît inutile d'insister sur la gravité d'un pareil accident, et sur l'urgence d'une intervention active pour la prévenir aussitôt que se manifestent des signes d'inflamnation.

L'hydronéphrose peut quelquefois évoluer avec une rapidité extraordinaire, nous donnons plus loin une observation publiée en 1814 dans la *Gazette des hôpitaux* par M. Blondeau, et où il s'agit d'un kyste hydronéphrotique que l'on vit débuter, s'accroître, s'enflammer, se rompre et donner la mort, le tout en cinq jours seulement.

Nous avons énoncé les diverses terminaisons des kystes hydronéphrotiques, quand l'un des reins est sain et fonctionne d'une façon supplémentaire ; mais quand les deux reins sont malades, ce sont des phénomènes urémiques qui donnent la mort. La mort subite n'est pas très rare en pareil cas.

Certains auteurs ont signalé la mort par affection d'un organe éloigné, ramollissement cérébral (Proust), pneumonie (Dodeuil), phthisie (Cabot).

Le pronostic du kyste hydronéphrotique est grave. Bien

que la guérison spontanée puisse se produire, il n'en est pas moins vrai, que dans la généralité des cas, après une période de bénignité variable comme durée, la mort survient par un des mécanismes que nous venons d'indiquer.

DIAGNOSTIC.

Quand un kyste du rein est suffisamment volumineux pour pouvoir être apprécié par la palpation et la percussion, sans cependant avoir encore pris dans son développement des rapports trop immédiats avec les organes voisins, il se présente nettement avec les caractères que nous avons indiqués dans notre description symptomatique ; on se trouve alors en face d'un type de kyste du rein, type qui n'est pas imaginaire, puisque nous avons pu, pour le dépeindre, puiser les principaux éléments dans nos six premières observations. Dans ces cas le diagnostic est relativement facile ; tout praticien instruit et bon observateur doit le faire, et l'on peut vérifier dans nos observations qu'assez souvent il n'y a pas eu erreur commise. Mais parfois, en présence d'une tumeur abdominale énorme, ayant envahi une grande partie de la cavité abdominale, l'on se trouve singulièrement embarrassé pour la rapporter au rein ou à un autre organe ; c'est ce qui explique des méprises, qui paraissent grossières, de la part d'hommes les plus distingués.

Bien des maladies différentes peuvent simuler un kyste du rein, ou mieux, le kyste du rein peut simuler bien des maladies différentes ; car nous avons remarqué dans le courant de nos recherches, que, rarement on a pris une

affection d'un autre organe pour un kyste du rein, et, bien souvent au contraire, on a diagnostiqué une affection d'un autre organe, alors que l'on avait sous les yeux un kyste du rein.

Presque toute la série des tumeurs et hydropysies abdominales peuvent nous donner le change ; mais, au point de vue du diagnostic, toutes ces affections sont loin d'avoir la même importance, et de présenter les mêmes difficultés. Nous les passerons en revue, et insisterons plus parculièrement sur celles qui le plus souvent ont donné lieu à l'erreur.

Tympanite abdominale. — La tympanite n'offre de ressemblance avec les grosses tumeurs de l'abdomen que par la tension du ventre ; mais le défaut de fluctuation, l'élasticité de la paroi abdominale, le son perçu à la percussion semblent mettre à l'abri de toute erreur.

Cependant, prendre une tympanite pour un kyste du rein nous paraîtrait une erreur moins grossière, ou en tout cas moins préjudiciable au patient, que l'erreur commise par Lézart, d'Edimbourg ; ce chirurgien, lorsqu'il tenta sa première ovariotomie, ouvrit le ventre d'une femme atteinte de tympanite chez laquelle il n'y avait pas de kyste.

Ascite. — Si un kyste du rein devient tellement volumineux qu'il occupe toute la cavité abdominale, on perçoit dans tous les points de l'abdomen un sensation très nette de fluctuation, et l'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une ascite. Mais il est des moyens de distinguer les deux affections. Quand on a affaire à un kyste du rein, le ventre proémine souvent beaucoup plus d'un côté que de l'autre, tandis que dans l'ascite le ventre se développe d'une ma-

nière uniforme. Dans l'ascite, l'abdomen est aplati et évasé de chaque côté ; le kyste du rein donne à l'abdomen une forme bombée et proéminente ; en outre, il développe l'abdomen vers les parties supérieures, c'est au contraire vers les parties inférieures que le liquide ascitique vient s'accumuler et accuser sa présence.

Dans l'ascite, la matité siège aux parties les plus déclives, la sonorité se trouve aux parties les plus élevées, et le résultat obtenu varie avec les positions que prend le malade ; en effet, que l'on fasse placer le malade soit sur le côté droit, soit sur le côté gauche, le liquide se déplace et suit la position ; qu'il s'agisse d'un kyste du rein, la matité ne changera pas de siège avec les diverses positions. Outre ces signes, tirés de l'examen local, les symptômes généraux et les phénomènes concomitants viendront nous apporter leur utile concours.

Anévrysme de l'aorte. — Un anévrysme de l'aorte abdominale peut former tumeur dans la région rénale, mais il se présentera avec ses caractères particuliers d'anévrysme, ses battements perçus à la palpation, son souffle à l'auscultation, et il nous sera ainsi assez facile de le distinguer d'une tumeur fluctuante du rein.

Abcès par congestion. — Certains abcès par congestion, siégeant sur le côté de la colonne lombaire, pourraient à un examen superficiel nous donner le change ; mais, dans ce cas, si l'on analyse les symptômes généraux et la marche de la maladie, si l'on examine avec soin la colonne vertébrale, l'erreur ne sera pas de longue durée ; on trouvera toujours sur le rachis un point plus ou moins douloureux, une déformation, une gibbosité qui éclaireront le diagnostic.

Hydropisie enkystée du péritoine. — Comme le kyste du rein, l'hydropysie enkystée du péritoine donne lieu à une augmentation de volume de l'abdomen ; mais le ventre, au lieu d'être saillant et développé, se laisse aller et est évasé comme dans l'ascite ; si l'on recherche la fluctuation, on n'a pas la sensation d'un kyste plus ou moins tendre ; c'est une sorte d'ondulation rappelant la fluctuation d'un vaste abcès superficiel (Boinet).

Abcès enkystés de la paroi. — Certains abcès enkystés de la paroi abdominale pourraient simuler un kyste du rein et nous induire en erreur. Boinet dans son livre sur les maladies des ovaires, cite un cas remarquable de cette affection. « Nous trouvâmes dans le milieu du ventre, du côté gauche, une tumeur volumineuse qu'il était facile de circonscrire entre les deux mains, et qui paraissait avoir le volume d'une tête de fœtus à terme. Elle n'était pas douloureuse à la pression, et la peau du ventre à son niveau avait sa coloration normale. Cette tumeur, située à égale distance du rebord des fausses côtes et de l'os des îles, en dehors de la ligne blanche, s'enfonçait plus dans la cavité abdominale qu'elle ne proéminait au dehors ; elle offrait une très grande mobilité dans tous les sens, seulement elle paraissait adhérente à la paroi abdominale, qu'elle suivait dans tous ses mouvements, et n'être pas fixée par un pédicule dans le fond de la cavité abdominale ; elle suivait les mouvements d'inspiration te d'expiration, et ceux de la paroi abdominale. Matité dans toute l'étendue de la tumeur, environ 15 à 18 centimètres. Fluctuation douteuse, obscure, profonde. » Une ponction exploratrice vint confirmer le diagnostic d'abcès enkysté de la paroi. En présence d'une

tumeur semblable, occupant l'hypochondre, s'enfonçant dans la cavité abdominale, on eût pu songer à un kyste du rein ; mais, la mobilité extrême de la tumeur dans tous les sens, son adhérence à la paroi abdominale dont elle suivait tous les mouvements, devaient faire rejeter une pareille hypothèse. La saillie exagérée de la tumeur pendant la contraction des muscles abdominaux peut aussi constituer un signe ayant sa valeur dans une circonstance analogue.

Tumeur stercorale. — Un amas de matières fécales dans le cœcum ou le colon, formant tumeur en avant du rein, pourrait en imposer pour un kyste de cet organe. Dans les cas de tumeurs stercorales, il y a, comme dans les kystes du rein qui compriment les intestins, un développement considérable du ventre, de la tension et du ballonnement, dus au défaut de circulation des gaz et des matières. Mais lorsqu'il y a rétention des matières, il existe certains signes spéciaux à peu près constants ; tels sont, une entérite plus ou moins violente, un météorisme fort douloureux, des nausées et même des vomissements. Enfin, si, malgré la douleur on recherche la fluctuation, on ne la trouve pas ; au contraire, on a la sensation de défaut d'élasticité, et quelquefois même par une pression énergique, l'extrémité des doigts a pu déprimer la tumeur.

Kystes du foie. — Il est arrivé souvent que l'on a pris un kyste du rein pour un kyste du foie, et il faut avouer que, dans bien des cas, l'erreur est pardonnable ; parfois en effet le kyste du rein semble faire corps avec la face inférieure du foie, et il est fort difficile de l'en isoler. La palpation et la percussion pratiquées avec grand soin sont

des moyens d'exploration d'une utilité extrême dans ces cas de diagnostic douteux.

On essaiera d'insinuer l'extrémité des doigts entre les fausses côtes et la tumeur de façon à l'isoler du foie. Si cette manœuvre est impossible, on cherchera à mobiliser la tumeur ; est-elle absolument immobile dans le sens vertical, au contraire légèrement mobile dans le sens transversal, il faut songer à un kyste du rein. Si l'on fait respirer largement le malade, un kyste de rein reste absolument immobile, sans suivre les mouvements d'élévation du diaphragme dans les grandes inspirations, tandis qu'un kyste du foie présente des caractères de mobilité absolument opposés. Par la percussion, dans le kyste du foie, il sera impossible de séparer la matité de foie de celle de la tumeur, les deux matités sont continues ; dans un kyste du rein, on pourra trouver une zone de sonorité quelque minime qu'elle soit entre la matité du foie et celle de la tumeur. Le kyste du rein, qui fait l'objet de l'observation III de Dolbeau, peut passer pour un cas de diagnostic difficile, et cependant l'erreur ne fut pas commise ; le siège et la continuité des deux matités pouvaient donner lieu à la confusion, mais l'idée de kyste du foie fut rejetée, à cause de la fixité de la masse, et aussi parce qu'une percussion minutieuse découvrit à droite de l'appendice xyphoïde, au point où la courbe de la tumeur venait joindre la limite inférieure du foie, un petit espace triangulaire sonore, qui établissait une séparation entre la tumeur et le foie. Dans l'observation IV, le diagnostic de kyste du foie d'abord admis, fut abandonné à cause d'une zône de sonorité constatée entre le foie et le kyste ; cependant dans cette obser-

vation, la coloration ictérique des conjonctives semblait plaider en faveur d'une affection du foie.

Kyste de la rate. — Plusieurs fois on a confondu des kystes de la rate avec des kystes ovariques, et l'on a pratiqué non-seulement la ponction, mais aussi la gastrotomie. Il n'est donc pas étonnant que l'on puisse prendre un kyste du rein pour un kyste de la rate, quand on songe que ces deux organes sont contigus. L'erreur peut être fort difficile à éviter, et des hommes éminents peuvent la commettre ; c'est ce qui arriva à Nélaton et à Laugier pour le cas qui fait l'objet de l'observation XXI.

Les signes qui nous permettront de distinguer un kyste du rein d'un kyste de la rate sont à peu près les mêmes que ceux qui nous ont permis de distinguer un kyste du rein d'un kyste du foie ; mais comme les kystes de la rate sont bien moins fréquents que ceux du foie, en présence d'un kyste occupant l'hypochondre gauche, on aura bien des raisons de croire que l'on peut avoir affaire à un kyste du rein. Pour faire le diagnostic, on tâchera d'isoler la tumeur par la palpation en insinuant les doigts sous les fausses côtes, on cherchera si elle est mobile, soit dans le sens vertical, soit dans le sens horizontal, si elle suit les mouvements du diaphragme ; enfin on recherchera s'il existe une zône de sonorité entre la tumeur et les fausses côtes. Rathery, dans sa thèse sur le diagnostic des tumeurs intra-abdominales, conseille de repousser en haut la rate pour bien s'assurer qu'elle ne fait pas corps avec la tumeur constatée.

Grossesse. — Il nous paraît difficile de prendre un gros kyste du rein pour une grossesse normale à terme ; un

kyste du rein ne donne lieu ni au gonflement des seins, ni au ramollissement du col, ni au souffle utérin, ni aux battements fœtaux, que l'on rencontre dans la grossesse normale à terme.

Corps fibreux. — Certaines tumeurs fibreuses, qui ont acquis un volume considérable, offrent à la palpation une élasticité particulière, et la sensation que l'on éprouve, peut être prise pour de la fluctuation ; pour peu que ces tumeurs se portent vers un hypochondre, elles peuvent simuler un kyste du rein. Mais si l'on presse fortement sur le ventre pour le déprimer profondément, on sent sous la main une tumeur dure, résistante, et qui cède peu à la pression. Outre cela, les corps fibreux ont presque toujours des attaches intimes avec l'utérus, et se déplacent avec cet organe ; ils occasionnent souvent des troubles de la menstruation, ils sont rarement uniques. Dans certains cas, un kyste du rein et des corps fibreux peuvent coexister ; nous en donnons un bel exemple dans l'observation I. Le diagnostic est alors beaucoup plus compliqué, et la première idée en présence d'un cas semblable que l'on a affaire à une tumeur ne présentant pas les mêmes caractères dans toutes ses parties, solide dans certains points, liquide dans d'autres, si on bâtit son diagnostic sur cette idée préconçue, on risque fort de faire fausse route.

Afin d'éviter la méprise, il faudra rechercher avec grand soin si la portion liquide et la portion dure sont solidaires ou indépendantes l'une de l'autre. Pour arriver à cette notion, le palper peut ne pas suffire ; il faut alors pratiquer méthodiquement le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale ; si on a affaire à un kyste du rein et à un

corps fibreux concomitant, on sentira que les mouvements imprimés à la portion dure de la tumeur se communiquent parfaitement à l'utérus ; au contraire, les mouvements imprimés à la portion fluctuante sont sans aucune influence sur cet organe. Il est facile de comprendre que si les deux parties ne formaient qu'une même tumeur, elles seraient toutes deux dépendantes de l'utérus et lui communiqueraient leurs mouvements. C'est de cette façon que le diagnostic put être fait dans le cas qui fait l'objet de l'observation I.

Kystes de l'ovaire. — La confusion d'un kyste rénal avec un kyste de l'ovaire est une erreur qui malheureusement a été trop souvent commise. Maintenant que l'ovariotomie est passée dans la pratique journalière, le diagnostic a d'autant plus d'importance qu'une erreur semblable entraîne de véritables désastres chirurgicaux. Nous avons pu recueillir huit observations (obs. VII à XIV) de gastrotomies pratiquées pour des kystes du rein méconnus et pris pour des kystes de l'ovaire ; et, quand nous voyons un chirurgien, qui a pour les tumeurs abdominales, l'expérience de Spencer Wells, pratiquer la gastrotomie dans un cas pareil, nous devons croire que le diagnostic présente quelquefois de bien réelles difficultés. A propos de cette opération malheureuse, Spencer Wells, après avoir montré la possibilité de confondre les tumeurs de l'ovaire avec les tumeurs rénales, a résumé en plusieurs propositions les signes qui peuvent servir à poser un diagnostic exact :

« 1° A part quelques exceptions très rares, les tumeurs de l'ovaire repoussent l'intestin en arrière, tandis que les tumeurs rénales repoussent l'intestin en avant ; en d'autres

termes les tumeurs de l'ovaire sont situées en avant des intestins, les tumeurs rénales en arrière ;

2° Les tumeurs volumineuses du rein droit présentent ordinairement le colon ascendant vers le bord interne de la tumeur ; les tumeurs du rein gauche sont ordinairement croisées de haut en bas par le colon ascendant ;

3° La découverte de l'intestin en avant d'une tumeur abdominale de nature douteuse, doit mener à un examen attentif de l'urine. Il est possible qu'un rein soit malade, sans que l'urine offre rien de spécial, le rein sain sécrétant alors l'urine à lui seul ; mais la règle est que l'on trouve ou du sang, du pus, de l'albumine ou des cellules épithéliales ; ou bien on peut trouver dans l'histoire des malades l'existence antérieure d'altérations dans la composition de l'urine ;

4° Il peut y avoir doute sur l'existence de l'intestin en avant de la tumeur, entre elle et les téguments ; la percussion ne peut pas généralement résoudre cette question ; mais l'intestin sous les doigts donne la sensation d'un bourrelet épais et mobile ; le malade peut avoir conscience de sensations de gargouillements dans cette partie de l'intestin, et l'insufflation au moyen d'une longue sonde permet souvent la distension de cette partie du colon ;

5° Les kystes des ovaires et des reins peuvent être les uns et les autres sujets à de grands changements de volume ; lorsque les reins sont le siége de la tumeur, le liquide s'échappe ordinairement par la vessie et l'urèthre. Les kystes de l'ovaire peuvent, à la vérité, se vider à travers la vessie, l'utérus, l'intestin ou le vagin, mais, dans

tous les cas, les caractères chimiques et physiques du liquide épanché serviront de guide au diagnostic ;

Si une histoire correcte de la maladie peut être obtenue, on apprendra que la tumeur rénale a débuté d'abord vers les fausses côtes et l'os iliaque, tandis que les kystes de l'ovaire notés d'abord dans la région inguinale et iliaque, s'étendent de bas en haut ;

7° Les tumeurs rénales sont ordinairement associées à divers troubles existant actuellement ou s'étant présentés dans les antécédents et consistant en hématuries, calculs, albuminurie, coliques néphrétiques ou des changements notables dans l'état des urines, tandis que les tumeurs de l'ovaire s'accompagnent plutôt de troubles de la menstruation, de douleurs dans les périodes cataméniales, de changements dans la mobilité de l'utérus ; cependant, il peut se présenter des cas de tumeurs rénales avec des urines parfaitement normales et des cas rares d'affections de l'ovaire, dans lesquels on ne peut rien découvrir d'anormal dans aucun des viscères abdominaux, ni dans leurs fonctions. »

Les kystes de l'ovaire, libres dans la cavité abdominale, sont ordinairement beaucoup plus mobiles que les kystes du rein ; ceux-ci, prenant naissance dans les parties profondes de la cavité abdominale, sont fixés à la paroi postérieure, et c'est à peine si l'on peut leur imprimer quelques mouvements de latéralité fort limités.

Dans les kystes du rein, la palpation et la percussion peuvent nous démontrer que la tumeur est indépendante des organes du petit bassin ; et, le toucher vaginal nous donne à ce sujet des notions encore plus importantes. Le kyste de

l'ovaire entraîne l'utérus du côté où il s'est développé, de façon que l'on trouve le col dévié et l'utérus oblique ; de plus les pressions exercées sur la tumeur se transmettent parfaitement à l'utérus ; s'il s'agit d'un kyste du rein, l'exploration vaginale donne un résultat absolument négatif.

On avait admis que le criterium pour reconnaître une tumeur du rein consistait dans la présence d'anses intestinales constatée en avant; c'est là un signe qui peut avoir sa valeur, mais il n'est malheureusement pas constant, et, si dans la généralité des cas, l'intestin se trouve en avant de la tumeur rénale il en est d'autres où il est repoussé à la partie interne ; c'est ce qui existait pour le kyste du rein de l'observation II ; sur aucun point de sa face antérieure on ne rencontrait de sonorité intestinale. D'autre part, dans certains cas, peu fréquents, il est vrai, on a trouvé des causes intestinales en avant de kystes ovariques.

Un signe, qui nous paraît avoir une bien plus grande valeur pour le diagnostic différentiel est la matité reconnue en arrière, dans la région lombaire du côté du kyste du rein ; le kyste s'appuyant contre la paroi postérieure de l'abdomen, se développe d'arrière en avant et peut repousser la masse intestinale en avant et aussi en dedans, mais il est absolument impossible qu'une anse intestinale puisse s'insinuer entre lui et la paroi postérieure, et, l'absence de sonorité est absolue et *constante* depuis la ligne axillaire jusqu'aux apophyses épineuses, depuis les fausses côtes jusqu'à la crête iliaque. Le kyste ovarique, au contraire, se développant librement dans l'intérieur même de l'abdomen, en avant de l'insertion mésentérique de l'intestin, refoule la masse de celui-ci en arrière, en haut et sur

les côtés, de façon que l'on trouve de la sonorité sur le flanc et dans la région lombaire ; il n'y a pas impossibilité à ce que des anses intestinales viennent s'insinuer entre la tumeur et la paroi antérieure, mais la plus grande partie se trouve sur les côtés et en arrière. Il résulte de ces notions que, dans un cas douteux, si le diagnostic est hésitant entre un kyste du rein et un kyste de l'ovaire, la constatation de sonorité, quelque limitée qu'elle soit, dans la région circonscrite par la ligne axillaire, les apophyses épineuses, les fausses côtes et la crête iliaque, sera un signe *certain* que l'on se trouve en présence d'un kyste de l'ovaire et non d'un kyste du rein ; par contre, si la matité est absolue dans cette région, il faudra croire à l'existence d'un kyste rénal, sans cependant que l'on puisse en avoir la certitude, car à la rigueur, un kyste de l'ovaire se développant d'un côté pourrait refouler toute la masse intestinale du côté opposé et donner lieu ainsi à de la matité dans l'un des flancs ; cela n'est pas la règle, mais il n'y a pas impossibilité matérielle.

Diagnostic de la variété. — Le diagnostic de kyste du rein étant posé, peut-on savoir quelle en est la variété ? Souvent ce diagnostic est impossible ; en effet, tout kyste du rein peut se présenter sans autre symptôme que la tumeur qu'il forme, et les caractères de cette tumeur ne varient pas suivant la variété. Le frémissement hydatique se rencontre fort rarement, et même, si on le constate sur une tumeur du rein, on ne peut pas affirmer que le kyste est de nature hydatique. Dans une discussion qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux le 27 mars 1874, M. Potain cita un cas de tumeur située dans le flanc gauche, fluctuante, et

présentant le *frémissement hydatique* ; on diagnostiqua un kyste hydatique de la rate et l'autopsie révéla une hydronéphrose. Ce fait montre que le frémissement hydatique ne doit pas être attribué, comme on l'a cru, à la collision des hydatides, mais bien au tremblottement qui existe dans une poche unique à parois minces (Potain). Quand la tumeur rénale s'accompagne de phénomènes spéciaux du côté de la fonction urinaire, il est alors possible de préciser son diagnostic ; il est évident que si le malade rend ou a rendu des débris d'hydatides par les urines, le diagnostic de kyste hydatique n'est pas douteux ; si l'on trouve du sable dans ses urines, s'il accuse dans ses antécédents des accès de colique néphrétique, si sa tumeur a été soumise à des variations de volume coïncidant avec d'abondantes urinations, on doit poser le diagnostic de kyste hydronéphrotique.

Ponction exploratrice.

Nous venons d'énumérer les signes objectifs et fonctionnels utiles au diagnostic des kystes du rein, il nous reste à analyser les renseignements que peut nous fournir la ponction capillaire exploratrice, et à apprécier sa valeur impartialement.

Si l'analyse chimique et microscopique du liquide kystique donnait des résultats constants, la ponction exploratrice, en nous fournissant ce liquide, constituerait toujours le critérium du diagnostic ; la solution du problème serait celle-ci : trouve-t-on des principes urinaires dans le contenu kystique, il s'agit d'un kyste du rein ; si l'on n'en trouve pas, la tumeur est un kyste d'un autre organe.

Mais, par malheur, les notions que nous donne l'analyse ne peuvent pas toujours éclairer aussi nettement le diagnostic ; car, il est certains cas où le liquide d'un kyste du rein ne contient pas de principes urinaires.

Pour le kyste hydronéphrotique, par exemple, qui est la variété de beaucoup la plus fréquente et par conséquent la plus importante au point de vue clinique, les résultats de l'analyse obtenus par les divers auteurs sont contradictoires. Dans un cas observé par Krauss, le contenu de ce liquide en urée était très faible, la présence d'urates ne put être constatée ; dans un autre cas rapporté par H. Cooper Rose, on ne rencontra dans le contenu kystique aucun des principes de l'urine ; Rayer, au contraire, prétend, et cela en s'appuyant sur des cas nombreux, que le liquide hydronéphrotique contient toujours de l'urée en quantité notable, à quelque période que soit arrivée l'hydronéphrose.

Nos deux premières observations semblent donner raison à l'opinion de Rayer ; dans ces deux cas, l'analyse du liquide, retiré par la ponction exploratrice, dévoila des quantités notables d'urée, ce qui vint confirmer le diagnostic du kyste rénal porté avant la ponction d'après les autres symptômes ; on trouva, en outre, d'autres éléments rénaux, de l'acide urique cristallisé, des globules rouges altérés par l'urine, des cylindres hyalins.

Si nous recherchons maintenant les résultats de l'analyse du liquide des deux autres variétés plus rares de kystes du rein, nous apprenons : 1° que le liquide du kyste séreux ne contient jamais ni urées, ni principes spéciaux de l'urine, mais contient souvent des quantités considérables de globules sanguins.

2° Que, le liquide du kyste hydatique du rein, clair et transparent comme tout liquide hydatique, peut contenir outre les débris d'hydatides et le chlorure de sodium, de l'acide urique, des oxalates de chaux et de soude et des phosphates ammoniaco-magnésiens.

De toutes ces connaissances il résulte, que dans certains cas, la ponction exploratrice est d'une utilité bien réelle pour le diagnostic ; nos deux premières observations en sont des exemples frappants ; dans d'autres cas, si l'on en croit Krauss et Cooper Rose, le diagnostic reste incertain après la ponction et l'analyse du liquide. Mais pour que la présence de l'urée dans un kyste abdominal prouve absolument que ce kyste est un kyste rénal, il faut que les proportions d'urée soient assez considérables (2 gr. 562 par litre, obs. I) ; en effet dans certains kystes de l'ovaire, l'on a rencontré de petites quantités d'urée ; aussi ne fraudrait-il pas que le diagnostic fût influencé par la présence de traces d'urée dans un liquide hystique. Pour nous résumer ; en présence d'un kyste abdominal d'origine douteuse l'examen du liquide retiré par la ponction exploratrice conduit aux résultats suivants :

1° Si le liquide contient de l'urée, des urates, des phosphates et des cylindres hyalins, l'origine hydronéphrotique du kyste est démontrée.

2° Si le liquide contient de l'urée en grandes proportions, malgré l'absence des autres éléments de l'urine qui peuvent avoir été résorbés (voir l'Ann. Path.), on peut encore conclure à un kyste du rein par hydronéphrose.

3° Si le liquide ne contient pas d'urée ou n'en contient que des traces, s'il ne contient aucun débris d'échinococ-

ques, éliminant les kystes séreux du foie ou de la rate dont l'existence est à peine prouvée chez l'homme, il faudra diagnostiquer un kyste séreux du rein ou un kyste hydronéphrotique, plutôt un kyste hydronéphrotique, vu la rareté extrême des kystes séreux ; chez la femme, la possibilité d'un kyste de l'ovaire vient encore compliquer le diagnostic, et nous ne croyons pas que l'examen du liquide puisse dans ce cas résoudre à lui seul la question.

4° Que le liquide retiré ait les caractères du liquide hydatique, qu'on y trouve du chlorure de sodium, des crochets d'échinococques, il faudra se souvenir que, outre ces éléments, le liquide du kyste hydatique du rein contient des principes de l'urine, acide urique, oxalate de chaux, phosphates ammoniaco-magnésiens.

Il est bien entendu que la ponction sera pratiquée par la méthode aspiratrice avec un fin trocart, et que l'on prendra toutes les précautions usitées pour éviter les accidents ; le repos absolu est la condition *sine qua non* du succès.

Nous n'avons pas discuté l'opportunité de la ponction capillaire aspiratrice pour établir et même pour confirmer le diagnostic de kystes abdominaux ; il suffit pour plaider en faveur de la ponction de mettre en présence, d'un côté, les immenses avantages d'un diagnostic précis avant d'entreprendre un traitement actif, de l'autre, l'innocuité presque complète d'une opération que nous avons vu maintes fois pratiquée à l'hôpital par des médecins les plus prudents sans avoir jamais constaté d'accidents. Otto Spogelberg (voir obs. VIII) qui enleva un kyste hydatique du rein après avoir diagnostiqué un kyste ovarique eût certainement évité son

erreur par une ponction exploratrice préalable et ne se fût pas exposé à une catastrophe.

Pour terminer ce chapitre de diagnostic des kystes du rein, nous dirons que souvent l'erreur commise a tenu à ce que les divers observateurs pensaient trop peu à l'existence des kystes du rein ; dans un cas de kyste hydatique du rein *gauche* publié par M. Dumontpallier (1) on alla jusqu'à diagnostiquer un kyste hydatique *du foie* avec transposition de viscères. Le nombre considérable des méprises semble démontrer que les kystes du rein sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense en général ; ils doivent tenir une place importante dans l'histoire des kystes abdominaux, surtout maintenant que l'ovariotomie est à l'ordre du jour. Nous sommes bien convaincu que les chirurgiens qui ont pratiqué une fois la gastrotomie pour des kystes du rein, devenus plus circonspects, ne recommenceront pas leur erreur, même dans des circonstances identiques. L'expérience de nos devanciers doit être pour nous d'un grand enseignement.

1. *Union médicale* 1874, p. 1874.

TRAITEMENT.

Kyste hydatique. — Le kyste hydatique, qu'il siége dans le rein ou dans tout autre organe, réclame un traitement qui ne varie pas « les indications et les méthodes de traitement du kyste hydatique sont devenues aujourd'hui classiques, et nous n'avons pas à insister sur ce sujet. La ponction évacuatrice par aspiration avec un fin trocart suffit souvent à amener une guérison définitive (obs. XXI). Si le kyste suppure, il faut ponctionner à un point déclive avec un gros trocart, et laisser à demeure une sonde volumineuse en caoutchouc qui servira à pratiquer des injections désinfectantes.

Kyste séreux. — Les observations nous manquent pour apprécier les diverses méthodes thérapeutiques à employer en présence des kystes séreux du rein ; dans le cas de notre observation XXIV, on fit une ponction et une injection iodée ; le malade mourut peu de jours après dans le marasme ; mais il est vrai de dire que le malade était déjà, à son entrée à l'hôpital, d'un état général détestable, et que la ponction donna issue à un liquide fétide. Dans l'ignorance d'indications spéciales, nous croyons que l'on peut appliquer aux kystes séreux et sero-sanguins du rein le même traitement qu'aux kystes hydronéphrotiques. Du reste les gros kystes séreux du rein sont tellement rares que l'on n'a guère à en traiter dans la pratique.

Kystes hydronéphrotiques. — D'après Rayer et Rosenstein, le diagnostic d'hydronéphrose étant certain, le mieux

serait de s'abstenir, à moins de suppuration ; Kœnig au contraire conseille l'intervention chirurgicale d'emblée. Les partisans de l'abstention s'appuient sur des cas d'hydronéphroses constatées à l'autopsie, et n'ayant jamais donné lieu à aucun accident pendant la vie et, d'autre part sur des cas de mort consécutive au traitement chirurgical de l'hydronéphrose. On peut répondre au premier argument que ces kystes méconnus trouvés à l'autopsie n'avaient pas encore eu le temps d'évoluer mais qu'ils auraient pu continuer leur évolution et produire des accidents plus tard, si une cause étrangère n'était venue tuer le malade ; au second argument nous répondrons que s'il est vrai que le traitement chirurgical ait fourni bien des insuccès, les kystes rénaux abandonnés à eux-mêmes ont aussi donné lieu à des accidents mortels dans un temps plus ou moins éloigné de leur apparition. Devant la gravité de la terminaison spontanée de l'hydronéphrose, il nous paraît indiqué de courir les chances d'une thérapeutique active, et nous sommes encouragé, par certains des résultats obtenus, à nous engager dans cette voie.

L'un des reins étant absolument sain de façon à suppléer son congénère, ce qui est la condition de succès d'une intervention quelconque, l'idée d'une guérison radicale par l'extirpation du rein kystique vient naturellement à l'esprit, quand on a sous les yeux les belles statistiques de la gastrotomie pratiquée pour les kystes de l'ovaire. Par malheur les conditions sont loin d'être aussi favorables ; la situation profonde du rein, les connexions intimes du kyste avec les organes qui l'entourent, rendent l'opération extrêmement difficile et très dangereuse. L'extirpation extra-péritonéale

du rein, c'est-à-dire par l'incision lombaire, a donné des succès mais seulement lorsque le volume du rein ne dépassait guère le volume normal ; la néphrotomie lombaire, que nous avons pratiquée sur le cadavre nous a paru une opération déjà laborieuse dans ces conditions, et nous n'hésitons pas à la déclarer impraticable, quand le rein, devenu kystique, d'un énorme volume, envoie des prolongements dans les fausses côtes et dans la fosse iliaque, quand l'atmosphère cellulaire du rein refoulée, tassée, chroniquement enflammée, lardacée, a créé des adhérences solides entre la paroi kystique et les organes voisins.

L'ablation d'un kyste rénal par la méthode intra-péritonéale, c'est-à-dire par incision de la paroi antérieure de l'abdomen, n'est pas impossible, et la preuve c'est que plusieurs fois elle a été pratiquée, par erreur il est vrai, mais cela importe peu pour l'appréciation des résultats. Ceux-ci sont vraiment déplorables ; toujours l'opération a donné lieu à d'énormes difficultés, et sur les huit cas de gastrotomie pratiquée dans ces conditions, que nous donnons plus loin, sept fois la mort est rapidement survenue entre les mains d'hommes habitués au succès dans les opérations sur les kystes abdominaux. Campbell a bien eu une guérison, mais c'est un fait exceptionnel, et nous ne croyons pas que l'on puisse conseiller une opération que l'on n'est jamais bien sûr de pouvoir terminer.

Nous sommes donc obligés de nous en tenir, pour les kystes du rein, à la méthode par oblitération. La première condition pour amener l'oblitération d'une poche kystique est l'évacuation du liquide ; or, nous savons que dans le kyste hydatique l'évacuation par une simple ponction capil-

laire aspiratrice suffit à elle seule pour amener l'oblitération et la guérison. Peut-il en être de même pour le kyste hydronéphrotique? Notre première observation nous montre un résultat remarquable de la simple ponction capillaire aspiratrice : le kyste s'est affaissé et jusqu'ici, c'est-à-dire plusieurs mois après la ponction, la tumeur n'a pas réapparu. Nous nous garderons bien de dire qu'il ne surviendra pas de récidive, car il est arrivé assez souvent qu'après une ponction d'hydronéphrose, le liquide a mis plusieurs mois à se reproduire. Dans un cas publié par M. Martineau (Obs. XV), on tira neuf litres de liquide par une ponction, et la tumeur mit deux ans à reprendre son volume; Tompson ponctionna trois fois un kyste du rein, d'abord à onze mois d'intervalle, puis après sept ans et quatre mois (Obs. XVI) ; dans un cas de Rose, le kyste revint deux ans après la ponction (Obs. XVIII). Ces trois kystes du rein furent ponctionnés avec un trocart ordinaire et non par la méthode aspiratrice; mais nous les citons pour montrer le temps que peut mettre le liquide à se reproduire ; du moment que l'on veut s'en tenir à la simple évacuation, nous croyons plus prudent d'employer la méthode aspiratrice avec un fin trocart. Les résultats donnés par la simple ponction aspiratrice, dans les cas où le liquide met longtemps à se reproduire, peuvent passer pour une guérison relative, et nous pensons qu'il n'y a pas lieu alors d'intervenir plus activement et d'une façon plus dangereuse ; il faut surveiller les malades, les avertir de venir nous consulter quant ils remarqueront que leur tumeur revient et pratiquer alors une nouvelle ponction ; on peut ainsi arrêter le kyste dans son développement.

Si ces ponctions répétées à plusieurs mois ou plusieurs années d'intervalle, ne débarrassent pas définitivement le malade de son affection, elles ont sur les autres modes d'intervention l'immense avantage d'être innocentes : « Il est vrai que l'on pourrait d'emblée provoquer la suppuration du kyste, et pratiquer l'incision ; mais c'est là une opération grave, et nous verrons que même lorsque les malades échappent à la mort, il peut leur rester une fistule urinaire. Nous admettrons donc, que, dans certains cas donnés, le liquide kystique se reproduisant fort lentement, la simple ponction capillaire aspiratrice, peut rendre de grands services, et donner même une sorte de guérison.

Mais, il est certains kystes du rein, qui ponctionnés reprennent très rapidement leur volume. On ne peut pourtant pas soumettre les malades à des ponctions presque quotidiennes. Que faire alors ?

Notre observation II rapporte un succès dans un cas semblable. Le liquide s'étant reproduit peu de jours après la ponction aspiratrice, M. Duplay pratiqua une ponction avec le trocart ordinaire, et fit suivre la ponction d'une injection iodée. La réaction fut légère et la guérison complète. Six mois après la tumeur ne s'était pas reproduite. Comme pour l'observation précédente nous ne jurerions pas que la guérison soit définitive ; mais, même avec les chances d'une récidive assez éloignée, c'est là pour la malade un excellent résultat.

Donc, quand un kyste du rein n'est pas enflammé, quand le liquide contenu n'est pas purulent, il est rationnel de pratiquer la ponction aspiratrice pour vider le kyste. Si au bout de quelques jours, le liquide s'est reproduit, il

faut faire une nouvelle ponction, suivie d'une injection iodée.

Mais, que spontanément, ou par le fait d'une ponction ou d'une injection iodée, le contenu du kyste devienne purulent, il n'y a pas à hésiter ; il faut ouvrir largement la poche, si l'on veut prévenir les accidents mortels de septicémie. Pour les kystes abdominaux suppurés on a tiré de bons résultats de la ponction avec un très gros trocart, et de la sonde à demeure en caouthouc maintenue par de la baudruche pour éviter l'introduction de l'air dans le foyer :

On a aussi employé l'incision, après production d'adhérences péritonéales soit par les caustiques, soit par la ponction multiple ; mais tous ces moyens, excellents pour les kystes du foie, par exemple, n'ont dans les kystes suppurés du rein, donné lieu qu'à des insuccès ; les observations IV, XXIII et XXIV, en sont des exemples. Un kyste du rein a des prolongements trop profonds dans la cavité abdominale pour qu'il soit possible de le bien vider par une ouverture antérieure, fût-elle large ; le pus stagne malgré de soigneux lavages, et la septicémie ne tarde pas à emporter le malade.

Devant ces inconvénients il faut renoncer à l'ouverture par la partie antérieure.

Même, lorsqu'un kyste du rein n'est pas très-volumineux, il n'a pas de peine à occuper complétement toute la région lombaire depuis la douzième côte jusqu'à la crête iliaque, depuis la ligne axillaire jusqu'à la colonne vertébrale ; cette face postérieure du kyste est totalement dépourvue de péritoine, de plus le malade étant couché, c'est

vers cette partie que le pus tend à s'écouler ; voilà déjà deux excellentes raisons qui nous engagent à agir dans cette région. L'observation XXIX est un exemple de guérison complète d'un kyste suppuré du rein ; Quincke de Berne avait eu la bonne inspiration de faire une contre-ouverture en arrière.

Chappuis (1) conseille comme lieu d'élection de l'incision, non la région postérieure, mais la région latérale, et comme on se trouve là à la limite du péritoine, il préconise l'incision après établissement d'adhérences par les ponctions multiples ; il craint l'épaisseur de la paroi postérieure, il craint, en incisant trop en arrière, de tomber sur des portions de parenchyme rénal, ce qui pourrait causer des hémorrhagies. Mais la paroi n'est guère plus épaisse à quelques centimètres en arrière de la ligne axillaire que sur cette ligne, et il suffit de s'en éloigner seulement de quelques centimètres pour éviter à coup sûr le péritoine, d'autre part le bassinet à l'état normal se trouvant situé en dedans du rein, il ne nous paraît pas démontré que l'on doive tomber sur lui plus facilement en incisant plutôt sur la ligne axillaire qu'un peu plus en arrière ; du reste, l'incision du parenchyme rénal aminci et comprimé ne donne pas sûrement lieu à des hémorrhagies ; Vinckel (obs. XXV) incisa un centimètre de ce parenchyme sans qu'il en résultât d'accidents.

Nous pensons que l'endroit le plus propice à l'incision du kiste suppuré du rein est une ligne verticale passant à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes de l'espace compris entre les apophyses épineuses et la ligne axillaire ; plusieurs expériences à l'Amphithéâtre nous ont

1. Thèse Paris, 1877.

appris : qu'en cet endroit l'on tombe certainement en dehors du psoas, que la paroi n'y est guère plus épaisse que sur le côté, et que surtout quand le rein est volumineux, comme c'est le cas pour les kystes, on ne rencontre pas le péritoine. L'opération devient ainsi plus expéditive, puisque l'on n'a pas à faire préalablement les ponctions multiples pour produire des adhérences péritonéales.

L'incision large en arrière a sur l'incision en avant de nombreux avantages ; la rétractation du kyste est favorisée non-seulement par l'écoulement plus facile du pus, mais aussi par la compression due à la masse intestinale, qui, par son élasticité, exerce des pressions graduelles sur le kyste, et tend à en accoler les parois. Un autre immense avantage est que l'on peut, par l'incision, facilement explorer le bassinet soit avec le doigt, soit avec un instrument et dans certains cas il est possible de lever l'obstacle au cours des urines.

Un pareil traitement peut donner une guérison complète (obs. XXIX) ; d'autres fois quand le parenchyme rénal n'est pas complétement détruit, qu'il sécrète encore du liquide, et que l'obstruction des voies urinaires persiste, le malade peut se guérir de sa suppuration, mais il conserve une fistule rénale ; c'est ce qui arriva aux malades qui ont donné lieu aux observations XXV, XXVI, et XXVII ; un malade de Simon garda un excellent état général malgré une fistule, qu'il fermait avec un tampon, et qui ne le gênait nullement pour les travaux des champs.

En résumé, quand on a à traiter un kyste du rein, s'il n'y a pas suppuration, il faut pratiquer la ponction aspiratrice pour le vider, et en cas de reproduction rapide

du liquide ponctionner de nouveau et faire une injection iodée. « S'il existe de la suppuration, il faut sans perdre de temps, inciser à la région lombaire ; on ira méthodiquement à la recherche du pus, en incisant couche par couche et liant les artères à mesure qu'elles se présenteront ; puis arrivé dans la poche purulente, on l'explorera avec les doigts ou une sonde cannelée et si l'on trouve des calcul son tâchera de les enlever. Chapuis conseille de pratiquer le sondage de l'uretère par en haut de façon à le dilater ou à détruire des valvules, quand il en existe. Simon emploie, chez les femmes, un procédé de cathétérisme de l'uretère ingénieux mais qui nous paraît bien hasardeux ; il introduit son doigt dans la vessie par l'urèthre dilaté, va à la recherche de l'uretère et pousse une petite sonde dans sa cavité de façon à reconnaître les caluls qui font obstacle et à vider le bassinet distendu ; il aurait usé 17 fois de ce sondage sans accident.

En même temps que le traitement chirurgical, il ne faudra pas négliger d'instituer un traitement médical destiné à combattre la disposition à la lithiase rénale ; on conseiliera les alcalins, l'eau de Contrexéville, et un régime approprié.

OBSERVATIONS

Observation I

Kyste du rein droit. — Ponction. — Guérison.

La nommée Ch..., L..., âgée de 44 ans, gillettière est entrée dans le service de M. Duplay à Lariboisière le 9 février 1880.

Réglée à 15 ans, mariée à 17 ans, elle n'a jamais eu d'enfants. La santé générale est parfaite, la menstruation toujours régulière un peu douloureuse.

En 1871, elle a remarqué que son ventre était uniformément augmenté de volume, ballonné, mais sans tumeur appréciable. Celle-ci paraît avoir été constatée pour la première fois dans le côté droit de l'abdomen en 1873 ou 1874, et suivant le dire de la malade, elle aurait disparu au bout de quelques mois sans traitement.

Il y a 4 ans, après un effort pour boutonner sa bottine, la malade a ressentit une douleur très forte, qui partant du rein droit s'irradiait jusque dans la fosse iliaque droite. Cette douleur persista, et força la malade à garder le lit pendant quelques jours. Elle avait en même temps, de la fièvre, des nausées, mais pas de vomissements; enfin elle éprouvait des besoins fréquents d'uriner, sans que l'urine présentât d'ailleurs aucune altération appréciable.

Une crise douloureuse absolument semblable à la précédente comme caractères et comme durée, est survenue il y a 18 mois.

Etat actuel. — La santé générale est bonne, l'embonpoint normal, le facies est un peu pâle.

Du côté de l'abdomen, on trouve une tuméfaction notable occupant l'hypogastre et la moitié droite du ventre. La partie de la tumeur qui répond au flanc droit et à l'hypochondre droit est lisse, rénitente, fluctuante. Elle est assez mobile latéralement, immobile dans le sens vertical. Elle suit les mouvements du diaphragme, et semble se con-

tinuer avec le foie. Cependant au voisinage de la région épigastrique, il est possible d'enfoncer les doigts au-dessous des fausses côtes, et d'isoler la tumeur en la refoulant par en bas ; plus en arrière, cet isolement devient impossible.

Par la percussion, on trouve une matité complète de la tumeur ; mais il existe une zône de sonorité peu étendue au-dessous du rebord des fausses côtés.

La portion de la tumeur, qui occupe la région hypogastrique, présente des caractères différents ; elle est inégale à sa surface, de consistance plus dure, non fluctuante ; ses limites sont mal déterminées ; elle est peu mobile et paraît, en somme, indépendante de la tumeur du flanc droit.

Par le toucher vaginal, on trouve le col porté en avant, hypertrophié, le corps très volumineux, bosselé, peu mobile et en continuité directe avec la tumeur de la région hypogastrique.

Les mouvements imprimés à la tumeur du flanc ne se transmettent pas à l'utérus.

Le 16 *février*. — Une ponction faite avec l'aspirateur Potain dans la région du flanc droit sur le trajet de la ligne axillaire, donne issue à 1,500 grammes d'un liquide dont l'analyse chimique et miscroscopique a fourni les résultats suivants :

Analyse faite par M. Ducoin, pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière.

« Le liquide qui m'a été remis le 18 février 1880, de la part de M. le Dr Duplay, comme provenant d'un kyste du rein, est d'une couleur brun rougeâtre foncé, opaque, fluide, sans viscosité ; il mousse par l'agitation.

Il ne possède pas d'odeur marquée.

La densité est de 10, 20.

Il est légèrement alcalin.

Jeté sur un filtre, il donne une liqueur demi transparente, d'un brun rougeâtre.

La liqueur filtrée, essayée au point de vue de l'urée à cause de

son origine spéciale, contient par litre 2 grammes 562 milligr. de cette substance.

Cette même liqueur filtrée, soumise à l'ébullition, donne un coagulum brun grisâtre, très abondant et opaque.

Additionnée d'acide acétique et bouillie, elle donne un coagulum de même couleur, mais opalin.

L'acide azotique y détermine un abondant précipité blanc grisâtre, insoluble dans un excès de précipitant.

Le sulfate de magnésie en excès y produit un précipité muqueux assez abondant.

L'alcool concentré, les acides phénique, picrique, tannique, la précipitent abondamment.

Dix grammes de liquide filtré, évaporés à 110°, ont laissé un résidu sec pesant 416 milligrammes. Ce résidu incinéré a laissé un nouveau résidu formé de sels inorganiques, pesant 87 milligrammes.

Le dépôt rougeâtre laissé sur le filtre et provenant de 100 grammes du liquide opaque primitif pesait après dessication à 110°, 16 centigrammes; examiné avant d'être desséché, il était surtout formé de globules sanguins, macérés et légèrement déformés, de débris épithéliaux et de globules adipeux.

Il résulte de ces expériences que mille grammes du liquide analysé sont formés de :

Sérine et hydropisine	41,60
Urée	2,56
Hématies, globules gras, épithélium	1,60
Sels inorganiques	8,70
Eau	945.55
Total	1000,00

(*Analyse microscopique faite par M. Netter, interne du service*).

« Le liquide recueilli par la ponction du kyste de la malade n° 17 Sainte-Marthe a une coloration brun foncé et laisse par le repos déposer une proportion considérable de sédiments brun rougeâtre qui

paraissent à première vue renfermer une grande quantité de globules rouges.

L'examen microscopique de ce dépôt fait voir.

1° Une grande quantité de corps arrondis à simple ou double contour, globules absolument incolores sans noyaux (globules rouges, décolorés et conservés dans l'urine).

2° Une quantité beaucoup moindre de cellules aplaties irrégulières avec noyau (epithélium pavimenteux).

Un nombre très considérable de petits corps arrondis, irréguliers, ayant 1 ou 2 μ, de coloration ocreuse, isolés ou combinés, formant des groupes arrondis ou cylindriques.

On trouve de ces grains dans les cellules épithéliales. Il y en a à la surface de cylindres hyalins? Les grains ne disparaissent pas par l'action des acides, mais on voit se produire quelques cristaux losangiques, jaunes, d'acide urique. Ce sont sans doute des urates de soude et de chaux.

Il y a quelques cristaux de cholestérine en lamelles très nettes.

Nous devons enfin mentionner l'existence de cylindres hyalins, ceux-ci peu abondants.

L'examen microscopique plaide donc en faveur de l'origine rénale d'un kyste, dont le liquide renferme des sédiments urinaires, des globules rouges altérés, comme ils le sont quand ils ont séjourné dans l'urine, des éléments développés dans les reins (cylindres). »

Quelques heures après la ponction la malade a éprouvé dans le flanc droit une douleur assez vive, irradiant dans l'aîne droite, et qui a disparu spontanément au bout d'une heure. A part ce symptôme, il n'est survenu aucun accident et la malade se levait quelques jours après.

La portion de la tumeur qui occupait le flanc ne s'est jamais reproduite, et la sonorité a fait place à la matité qui existait à ce niveau. Au contraire la portion de la tumeur qui répondait à l'hypogastre a persisté avec les mêmes caractères ; c'est évidemment un fibrome de l'utérus coexistant avec un kyste du rein, mais abolument indépendant de ce dernier.

Le 3 mars la malade quitte l'hôpital.

Le liquide ne s'est pas reproduit ; elle ne souffre pas.

Observation II

X..., femme de 30 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, service de M. Duplay, envoyée par des médecins qui lui ont diagnostiqué un kyste de l'ovaire. Bonne santé habituelle ; elle n'accuse pas de troubles du côté des voies urinaires, ni dans le présent, ni dans le passé. Elle porte à l'abdomen une tumeur qui occupe tout le flanc droit, descend jusqu'à la fosse iliaque du même côté, et dépasse la ligne médiane à gauche. Cette tumeur est indolente, à accroissement lent, et gêne surtout par son volume, qui donne lieu à quelques troubles légers de compression. Les caractères physiques de la tumeur sont : la matité, occupant toute sa surface, aussi bien à la face antérieure que sur le flanc, la rénitence, presque la fluctuation, une certaine mobilité transversale, mais une immobilité complète dans le sens vertical.

Le palper et le toucher vaginal indiquent d'une façon très nette qu'elle est indépendante du système utéro-ovarien.

Du côté du foie, l'indépendance est moins accusée ; cependant, l'on trouve une petite zône de sonorité sur le rebord des fausses côtes ; et il semble que les doigts peuvent séparer la tumeur de la face inférieure du foie en déprimant la paroi abdominale.

La malade a conservé son embonpoint et se trouve en très bon état de santé.

L'examen des urines ne révèle rien de particulier. D'après les caractères de la tumeur, son siége dans le flanc, son indépendance du foie d'une part et de l'utérus de l'autre, M. Duplay diagnostique un kyste du rein.

Ponction. — On pratique une ponction aspiratrice qui donne issue à environ 3 litres d'un liquide citrin, peu filant. L'examen chimique y découvre de l'urée en quantité notable, des urates et des phosphates. Au microscope, on ne trouve pas de débris d'hydatides, ni de crochets. Au bout de quelques jours, le liquide s'est reproduit. On fait une ponction avec un trocart moyen, et on pratique une injection iodée ;

il s'en suit une réaction légère. La malade guérit ; six mois après, la guérison complète a persisté (1).

Observation III

(Dolbeau 1867. *Thèse de Filleau*, Paris 1800).

Bouge (Jean), 26 ans. Le malade se présente avec une tumeur située dans la partie latérale droite du ventre, immédiatement en arrière de la paroi abdominale. Cette tumeur est uniforme, globuleuse, élastique ; elle occupe le flanc droit, une partie de la région ombilicale, remonte vers l'hypochondre, où elle vient joindre la face inférieure du foie et s'arrête en bas à la limite supérieure de la fosse iliaque, que l'on peut facilement déprimer. Il semble, en outre, qu'elle ait de la tendance à se développer en avant : la région lombaire est libre ; et, dans tout l'espace compris entre la dernière côte et la crête iliaque, on ne trouve aucune déformation, aucune résistance à la pression.

A la percussion, matité complète se continuant en haut avec celle du foie. Elle dessine à gauche une courbe qui unit la huitième côte droite à l'épine iliaque antérieure et supérieure, en passant par l'ombilic. A droite de la courbe, on trouve un son mat qui se prolonge jusqu'aux apophyses épineuses lombaires, d'où l'on peut conclure que le colon ascendant a été déplacé et probablement repoussé en avant de la tumeur; on trouve en effet, de bas en haut, sur la limite antérieure, une sonorité à peu près tympanique.

La tumeur est peu mobile. Elle ne suit pas le diaphragme dans les mouvements d'inspiration et d'expiration les plus exagérés.

1. L'observation de cette malade a été prise avec soin, jour par jour, sous la dictée de M. le Dr Duplay. Elle a été égarée, et ne l'ayant pas retrouvée avant de mettre sous presse, nous sommes obligé, à notre grand regret, de donner une observation reconstituée sur des souvenirs ; c'est ce qui explique son manque de précision, en particulier pour ce qui a rapport à l'analyse du liquide.

On constate une fluctuation profonde.

Pas de douleur à la pression, si ce n'est en arrière entre les fausses côtes et la crête iliaque.

Cependant les inspirations profondes sont gênés et provoquent de la souffrance.

L'abdomen est généralement développé, mais le côté droit est plus particulièrement arrondi de manière à paraître plus volumineux que l'autre. Il en résulte une déformation apparente qui porte spécialement sur la région du flanc. Le rebord inférieur de la cage thoracique est entièrement dessiné, et établit une limite bien tranchée de la déformation.

On aurait pu croire d'abord à une tumeur du foie, à cause du siége et de la confusion des deux matités ; mais la fixité de la masse, la forme même de la déformation, la ligne de séparation établie par le rebord des fausses côtes, l'absence de sonorité dans la région ordinairement occupée par le colon, font déjà rejeter cette idée. On trouve, en outre, à droite de l'appendice xiphoïde au point où la courbe de la tumeur vient joindre la limite inférieure du foie, un petit espace triangulaire sonore qui établit une séparation entre la tumeur et le foie.

L'autopsie pratiquée quelques mois après vint confirmer le diagnostic.

Observation IV.

Kyste suppuré du rein droit (Thèse Toureu, 1865).

B..., Jean, journalier, 48 ans. Entré le 6 décembre 1864, dans le service de M. Gallard, salle Saint-Augustin, à l'hôpital Saint-Antoine.

Passé le 15 dans le service de M. Béraud.

Pas d'antécédents de famille, constitution assez robuste ; il a séjourné en Afrique comme militaire, et y a contracté la dysenterie et la fièvre intermittente. Fait remonter à cette époque le début des accidents qui sont : marche pénible, douleurs dans l'hypochondre droit, frissons irréguliers, douleurs scrotales, perte de l'appétit, digestions troublées.

Le 15 décembre. — Dans le flanc droit, tumeur volumineuse s'éten-

dant vers l'ombilic en dedans, jusqu'au rebord costal en haut, dans la fosse iliaque en bas, et en arrière jusqu'à la colonne vertébrale. La matité existe dans tous ces points, seulement au niveau du rebord costal on a un peu de sonorité due au colon transverse et séparant la matité du foie de celle due à la tumeur. Empâtement œdémateux des téguments au niveau de la tumeur, pas de douleur à la pression, gargouillement au niveau du colon transverse. Fluctuation évidente dans toute l'étendue de la tumeur, pas de vibration hydatique.

Perte de l'appétit, digestions troublées, diarrhée, coloration ictérique des conjonctives, *rien d'anormal* du côté des urines.

On croit un instant à un kyste du foie. Mais la sonorité trouvée au niveau du colon transverse entre la matité du foie et celle de la tumeur permet de diagnostiquer un kyste du rein.

Le 16, œdème des membres inférieurs, diminution de l'appétit et des forces, insomnie.

Du 17 au 23, cinq applications successives de caustique de Vienne dans le flanc droit à quatre travers de doigt au-dessous du rebord costal et un peu en arrière de façon à laisser le colon ascendant en avant. L'eschare tombée on fait une ponction avec le trocart explorateur, il s'écoule 125 grammes d'un liquide visqueux, rougeâtre, ayant une odeur urineuse et ammoniacale. En traitant par l'acide nitrique, il se forme un dépôt considérable d'albumine. On laisse à demeure une sonde en gomme.

Les jours qui suivent il s'écoule du pus par la sonde. On fait deux injections iodées, puis des injections chlorulées quotidiennes.

Le 6 janvier. — Mort d'infection purulente.

Nécropsie. — Tumeur ovoïde située dans le flanc droit occupant l'étendue déjà fixée ; en rapport par sa face antérieure avec les colons ascendant et transverse qui lui adhèrent intimement et reposant par sa face postérieure sur le psoas qu'elle recouvre entièrement.

L'orifice fait à la tumeur par le trocart est situé à 1 centimètre en arrière du colon ascendant. La face externe de la tumeur est noirâtre, lisse, légèrement bosselée. Les parois sont très épaisses ; 5 à 10 millimètres à certains endroits. De distance en distance, ces parois fibreu-

ses présentent des parties dures comme du cartilage. La face interne du kyste est inégale, avec des alvéoles irrégulières, limitées par des cloisons incomplètes. On y voit adhérer en assez grand nombre des plaques calcaires, qui, à l'analyse, paraissent formées d'acide urique et de sels de chaux.

On trouve dans la poche du pus fétide et épais. A la face externe et supérieure est une petite portion du rein dont la majeure partie est détruite. La vessie est saine.

L'uretère droit a un pouce de longueur, il va de la vessie à l'extrémité inférieure de la tumeur, où il se confond avec elle.

La tumeur adhère à la gaîne du psoas ; ce muscle n'existe plus et est remplacé par une masse purulente. Il y a eu un psoïtis méconnu.

Observation V

Kyste gazeux du rein droit, analyse des gaz contenus. M. Lannelongue (*Soc. de chirurgie*, 1877, page 569, résumée).

Napoléon Fontaine, âgé de 8 ans, entré à Sainte-Eugénie le 22 décembre 1876. Cet enfant portait une tumeur, située dans la cavité abdominale du côté droit, soulevant les fosses côtes et la paroi antérieure de l'abdomen. M. Marchand chargé alors du service constata que la tumeur faisait corps avec le foie, la matité de ce dernier organe s'étendait sans interruption à la tumeur, elle dépassait de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes. Elle se rapprochait de la ligne médiane en avant ; en arrière, cette matité se prolongeait dans dans toute la région lombaire. La fluctuation était manifeste, et on n'aperçut pas de frémissement. Après un mûr examen des rapports de la tumeur avec les parties voisines, et sans avoir pu constater les mouvements que pouvait lui communiquer le diaphragme, M. Marchand pratiqua sur le point culminant de la tumeur une ponction aspiratrice par laquelle il enleva un demi-litre de liquide environ, ce liquide avait une coloration verdâtre, le microscope n'y découvrit pas de crochet ni de débris d'hydatides, on y trouva de nombreux globules blancs. Le liquide se reproduisit promptement.

Quand M. Lannelongue examina la tumeur, il diagnostiqua un kyste du rein, s'appuyant sur la fixité de la tumeur, l'étendue de la matité en arrière, l'absence de déplacement dans les mouvements du diaphragme. Ponction donnant issue à 200 grammes d'un liquide louche. Quelques jours après, M. Bruneau externe du service, découvrit dans la tumeur un bruit de succussion, perceptible même à distance quand on secouait le malade. La sonorité remplaçait la matité sous-hépatique, la matité persistait en arrière; de plus, on pouvait modifier les rapports de la matité et de la sonorité en changeant les attitudes de l'enfant. La présence de gaz dans la poche fit penser à une communication entre le kyste et l'intestin; cependant, dans les selles on ne put découvrir la présence de pus.

Le 5 *août*. — Le malade meurt d'une attaque d'apoplexie.

A l'autopsie, kyste occupant la partie supérieure du rein ; la poche communique assez largement avec le bassinet; la partie centrale du rein a disparu presque en entier.

Les gaz contenus sont recueillis et analysés.

Quantité, 16 centimètres cubes.

Oxygène.	8 cent. cubes.
Acide carbonique.	1 cent. cube.
Azote	7 cent. cubes.

Au cerveau, l'on trouve des suffusions sanguines dans les pédoncules.

Observation VI

Pièce présentée à la Société anatomique, Mars 1880, par Galliard, interne des hôpitaux.

Charles C..., âgé de 60 ans, entre le 9 février 1880, dans le service de M. Hayem, hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, n° 11. C'est un vieillard assez maigre, paraissant fatigué, et dont le facies indique un état grave. Il prétend avoir été toujours d'une bonne santé et n'a jamais interrompu ses fonctions de commis libraire. Il ne se

rappelle pas avoir eu de douleurs vives à l'abdomen, ni de symptômes du côté des organes génito-urinaires. Le seul antécédent à noter, c'est une fistule à l'anus ayant existé il y a deux ans.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, le malade au moment de partir pour son travail a ressenti dans le côté gauche une vive douleur. Trois jours après il s'est couché pour ne plus se relever. Depuis ce moment il a souffert d'une constipation opiniâtre, et a ressenti des coliques ; les douleurs étaient surtout marquées au flanc gauche. En même temps il a perdu l'appétit et a maigri. Depuis quelques jours il a remarqué que ses urines devenaient troubles.

Le soir de l'entrée nous constatons qu'il est amaigri, mais sans teinte cachectique ; ce qu'il nous fait remarquer tout d'abord, c'est une vive douleur qu'il éprouve au flanc gauche, douleur exagérée par les mouvements, la toux, la pression sans irradiation aux cuisses ni aux testicules. Au niveau du flanc et de l'hypochonde gauche, on observe une légère voussure de la paroi abdominale, mais sans œdème, sans changement de coloration de la peau. En palpant la région on éprouve une résistance due aux contractions musculaires que provoque la douleur à la percusion, un peu de submatité. La douleur existe également en arrière aux lombes, mais à un moindre degré.

Pas de symptômes gastro-intestinaux, sinon la constipation. Pas de symptômes pulmonaires, cardiaques. Langue sèche. P. 88.

L'urine est grise, contient une quantité notable de pus; mais il n'existe ni ténesme vésical ni douleur à la miction. Nous interrogeons le malade sans trouver chez lui traces soit de calculs vésicaux, soit de coliques néphrétiques, soit même d'inflammation vésicale.

10 *février.* — Même état.

Large cataplasme laudanisé sur le ventre. Huile de ricin. En présence de la douleur, de la constipation opiniâtre, M. Hayem se demande s'il ne s'agirait pas ici d'un phlegmon péricolique; le caractère des urines doit faire penser aussi à une périnéphrite, mais il n'y a pas de signes qui permette d'affirmer l'inflammation de l'atmosphère cellulaire du rein.

11 *février.* — Le malade a eu des selles en purée. Il a du hoquet

la langue sèche, une soif vive, du dégoût pour les aliments. Aux deux bases en arrière on trouve à l'auscultation des râles fins.

La douleur de côté est un peu moins vive, ce qui permet la palpation ; en même temps, la tuméfaction paraît augmenter. M. Périer vient voir le malade avec M. Hayem et constate l'existence d'une poche fluctuante qui ne peut être rapportée d'après lui qu'à une hydronéphrose ou à un kyste rénal.

Les urines sont toujours purulentes. Le soir, P. 92. Les douleurs sont encore vives.

12 *février*. — On perçoit la fluctuation quand on a soin de faire appuyer la main d'un aide sur la partie médiane de l'abdomen afin de fixer la tumeur en place.

Le soir le hoquet continue. Vomissements. Facies grippé.

Mort le 13 février.

Autopsie. — En ouvrant l'abdomen, on constate, après avoir soulevé le grand épiploon, que le colon transverse se porte très obliquement à gauche et en haut ; le colon descendant a sa position normale, mais il est affaissé et adhère aux parties sous-jacentes. Après l'avoir détaché on voit apparaître une vaste poche qui soulève le péritoine. Elle a la forme d'un ovoïde, long de 27 centimètres, large de 14 centimètres, qui s'étend le long de la colonne vertébrale, depuis la fosse iliaque jusqu'au niveau de la dixième vertèbre dorsale. Cette poche présente à sa partie moyenne une bandelette fibreuse transversale qui la divise en deux lobes principaux. De cette bandelette partent des travées fibreuses secondaires. Les parois ne sont pas fort distendues, on perçoit la fluctuation d'une extrémité à l'autre.

La rate s'appuie à la partie supérieure du kyste et se trouve ainsi refoulée contre le diaphragme. L'intestin grêle est refoulé à droite.

De ce kyste volumineux qui résulte de la transformation totale du rein gauche part, à la partie inférieure, un uretère manifestement épaissi.

En l'ouvrant on voit s'écouler un liquide purulent analogue à celui que contient la vessie. Elle est séparée en deux loges principales par un anneau fibreux correspondant à la bandelette signalée plus haut,

et percé d'un orifice arrondi, de la dimension d'une pièce de 5 francs. Les parois du kyste sont d'épaisseur inégale, très minces sur certains points, ne dépassant jamais un centimètre dans les points les plus épais. On voit s'y dessiner un grand nombre de cloisons saillantes qui limitent des alvéoles de dimensions variables, mais uniformément arrondis. Les alvéoles ont des parois d'autant plus minces qu'ils sont plus larges et plus dilatés. L'un d'eux assez épais présente un orifice relativement étroit et une cavité avec des loges secondaires.

La section de l'uretère montre un conduit à parois épaissies, sans diminution appréciable de calibre. Au voisinage de la poche existe un rétrécissement manifeste sur une longueur de 1 cent. 1/2, et en ce point la paroi est plus épaisse, plus dense ; on y voit quelques vési- dilatées.

Au-dessus de ce point commence brusquement la dilatation kystique, ce qui donne à penser que c'est la cause de la dilatation des calices et consécutivement de l'atrophie rénale.

A droite, le rein présente une dilation des calices et du bassinet, mais à un faible degré. La poche kystique logerait à peu près une grosse noix. L'uretère n'est pas dilaté, n'a pas de parois épaissies.

La veine ne présente pas de lésion récente. L'orifice de l'uretère droit paraît un peu rétréci. Elle est remplie de pus.

Examen histologique. — Notre examen porte sur l'uretère du côté malade et sur la paroi du kyste.

L'uretère présente à une petite distance du kyste les caractères de l'inflammation chronique. La tunique externe conjonctive est notablement épaissie ; les fibres musculaires lisses sont dissociées sur plusieurs points par un tissu conjonctif épais ; partout les vaisseaux sont entourés de noyaux embryonnaires, qui se retrouvent également dans l'intervalle des faisceaux conjonctifs.

Les vaisseaux sont dilatés, principalement les veines, et remplis de globules sanguins mêlés de globules purulents. La muqueuse est également enflammée. Dans le point rétréci, long de 1 cent. 1/2, se retrouvent les mêmes lésions, mais plus accentuées encore, surtout en ce qui concerne l'épaississement du tissu conjonctif.

La paroi kystique est constituée presque uniquement par du tissu fibreux. Nous y trouvons du tissu conjonctif enflammé avec une grande abondance de noyaux. Sur quelques points, on retrouve des traces de canalicules urinifères dont la lumière est obstruée par des calculs anciens. Quelques glomérules se voient aussi çà et là, mais transformées en masse fibreuses. Les vaisseaux assez nombreux sont entourés de zônes inflammatoires.

Observation VII

Spencer Wells, Bristish and foreign medico surgical review, avril 1867.

Le 10 octobre 1866, dit Wells, je fus appelé auprès d'une femme âgée de quarante-trois ans. D'après les renseignements donnés par M. M'Donnell, cette femme mariée depuis vingt-cinq ans avait eu neuf enfants, puis un accouchement avant terme et deux fausses couches. En avril 1862, elle avait consulté pour une tumeur dure occupant la région hypogastrique et la région iliaque gauche ayant le volume d'une tête d'enfant. A ce moment suivant M. M'Donnell et M. Solly, l'exploration extérieure ou par le toucher vaginal avait fait croire à l'existence d'une tumeur de l'ovaire. La tumeur augmenta progressivement, de temps à autre, elle était le siège de douleurs ; en 1863, elle avait atteint le volume de l'utérus à la fin de la grossesse. On avait plusieurs fois à cause de douleurs, appliqué des sangsues. En août 1866. M. M'Donnell fit dans la tumeur une ponction qui donna issue à plus de neuf litres d'un liquide foncé de la consistance de soupe aux pois. Après l'opération l'abdomen était tout à fait vide de liquide, la résonnance était tympanique partout, et l'on ne sentait dans le bassin aucune tumeur. La malade se rétablit sans accident. Deux mois après la ponction, je vis la malade, et le 17 décembre 1866, elle fut admise à l'hôpital. La tumeur occupait la position suivante : ayant envahi toute la fosse iliaque droite, toute la région hypogastrique, elle proéminait en partie dans la région épigastrique, et dans la fosse iliaque droite. Ses dimen-

sions étaient les suivantes : la circonférence horizontale au niveau de l'ombilic avait 91 centimètres sur une ligne étendue de la symphyse du pubis à l'ombilic 19 centimètres, de l'ombilic à l'appendice xiphoïde 23 centimètres, de l'ombilic à l'os iliaque 23 centimètres à droite et 22 centimètres à gauche. La tumeur était un peu mobile dans le sens vertical et latéralement. La fluctuation était manifeste dans toutes les directions. A la partie antérieure et médiane de la tumeur, on avait la sensation de l'épiploon adhérent, et un peu à gauche de l'ombilic, on sentait une sorte de corde qui ressemblait à une trompe élargie, épaissie et allongée. La région lombaire gauche donnait à la percussion un son mat, la droite un son tympanique.

L'utérus était haut, le col court, et l'orifice du col dur et fissuré, admettant la pulpe du doigt. On ne sentait aucune partie de la tumeur au-dessous du plancher pelvien. La menstruation était régulière. L'examen des urines fit constater des dépôts d'urates, de mucus, de cellules épithéliales, mais pas d'albumine. La malade était sujette à des palpitations et à des attaques hystériformes.

Le 3 janvier 1867, pendant le sommeil anesthésique, M. Well fit une incision de douze centimètres environ de long, étendue par en bas, le long de la ligne blanche, à un pouce au-dessous de l'ombilic. A l'ouverture du péritoine, il trouva que la corde dure, observée en avant de la tumeur, était une portion du colon transverse et descendant, adhérent à la tumeur et à la paroi abdominale. Les adhérences furent séparées. La ponction par le trocart donna issue à environ huit litres de liquide épais. M. Well détachant alors les adhérences et posant la main du côté droit du kyste, il sembla qu'un autre kyste se vidait et donnait issue à près d'un litre de liquide clair. Les adhérences du kyste furent reconnues trop nombreuses et trop solides pour permettre l'ablation de la tumeur ; on se contenta de lier quelques vaisseaux et la plaie fut fermée.

Mort dans le coma trente heures après.

A l'autopsie l'ovaire et l'utérus étaient sains. Le rein droit était augmenté de volume, ramolli, les calices et le bassinet dilatés contenaient un calcul du poids de deux grammes et demi. Le rein gauche

formait une énorme tumeur kystique plus grosse qu'une tête d'adulte.

Cette tumeur présentait une large cavité composée de plusieurs poches, disposées verticalement autour de la poche principale. Les parois étaient surtout épaisses à la base de ces cavités accessoires ; en résumé, cette tumeur était un exemple très net d'hydronéphrose.

Après l'autopsie, on put recueillir sur la malade quelques renseignements complémentaires ; en 1866, elle avait rendu des urines albumineuses et purulentes. Douze ans auparavant elle avait reçu sur la région iliaque un choc violent avec une pelle de fer, et à la suite de ce coup elle avait eu une syncope.

Observation VIII

Kyste hydatique du rein droit pris pour un kyste de l'ovaire ; extirpation ; mort (Berlin Otto Spogelberg).

La femme K..., âgée de quarante-deux ans et mère de six enfants, dont le dernier est né il y a trois ans et demi, a remarqué depuis 15 mois environ, dans l'hypogastre droit, une tumeur qui augmenta progressivement, et atteignit il y a six mois, les dimensions que l'on constate à son entrée à la clinique. Les règles sont arrêtées ; amaigrissement, mais peu de douleurs.

État actuel. — Femme de taille moyenne, maigre. Dans le ventre, on trouve une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte environ, dure, élastique, à contours irréguliers, mobile latéralement et manifestement fluctuante à sa partie inférieure, circonférence de l'abdomen, 84 cent.. saillie de la tumeur, 33 cent., à droite elle remonte presque jusqu'aux dernières côtes. Son diamètre dans sa moitié inférieure est de 33 cent. ; dans sa moitié supérieure 25 cent. Les résultats à la percussion sont les mêmes que dans les tumeurs ovariques. L'intestin est en arrière et sur les côtés du kyste, qui, à droite touche la paroi abdominale antérieure et déborde un peu à gauche. Au niveau de la région pelvienne existe en avant une petite zône donnant un son tympanique, ce qui se rencontre fréquemment dans les kystes de l'ovaire.

La tumeur envoie dans le petit bassin un prolongement facile à sentir et à faire mouvoir par le vagin. Prolapsus complet des deux parois vaginales ; utérus abaissé et dévié à gauche quand on le replace. La cavité a dix centimètres. La tumeur repose sur le fond de l'utérus, mais ses mouvements sont indépendants de celui-ci. Les autres organes sont sains. Pas d'altération appréciable dans l'urine.

Le 26 *juin* 1867. — Opération comme pour l'ovariotomie. On s'aperçoit que la tumeur est un kyste hydatique du rein. L'extirpation présente d'énormes difficultés. Mort 26 heures après l'opération.

(Archives de médecine 1870, t. II page 534).

Observation IX

Kyste du rein gauche pris pour un kyste de l'ovairee, xtirpation. Guérison par Campbell

Revue Hayem 1875 t. v. page 731. Agée de 49 ans, elle avait eu cinq enfants et deux fausses couches : sa santé avait toujours été excellente ; dix-huit mois auparavant, elle constata l'existence d'un gonflement circonscrit dans la fosse iliaque gauche, petit à petit la tumeur fit des progrès et depuis deux mois elle était devenue énorme. A son entrée à l'hôpital de Dundée, on constate qu'elle était mobile et remplissait la fosse iliaque gauche, la région hypogastrique et une partie de la fosse iliaque droite. Elle dépassait le volume d'une tête d'adulte. Sur trois points de sa surface on percevait nettement la fluctuation. On diagnostiqua : kyste de l'ovaire gauche et on décida l'ovariotomie.

L'incision de la peau et du péritoine n'offrit rien à signaler ; mais lorsqu'on ponctionna le kyste, il ne s'écoula aucun liquide : on vit que la tumeur était remplie d'une matière gélatineuse solide. On fit alors sortir le kyste en dehors, et par quelques ponctions on le vida en partie. On s'aperçut alors que la tumeur tenait au rein gauche : on était trop avancé pour reculer ou décider l'ablation du rein. On décortiqua soigneusement avec les doigts une portion d'intestin et d'épiploon qui avait contracté des adhérences avec la tumeur. On lia en masse

l'uretère et le vaisseau du rein ; on termina l'opération comme pour l'ovariotomie. Pansement de Lister.

Opérée le 2 décembre la malade était complétement guérie les premiers jour de mars.

Observavion X

Peaclee 1868. *Croit opérer un kyste de l'ovaire, trouve un rein malade et l'enlève; la malade meurt de péritonite* 53 *heures après l'opération.*

Observation XI

Tirée du livre deSimon, p. 220.

Esmarck opéra en 1869 une jeune fille de 19 ans pour une tumeur qu'il prit pour un kyste de l'ovaire. Après une incision de 15 centimètres sur la ligne blanche il reconnut qu'il avait affaire au rein et non à l'ovaire ; mais il continua l'opération malgré les difficultés qu'elle présentait. Les adhérences avec les organes voisins étaient si considérables, qu'il dut faire une plaie énorme occupant tout l'hypochondre gauche. Il fallut pendant l'opération placer 16 ligatures. La malade mourut 36 heures après l'opération.

Observation XII

Schetelig. 1870. *Croit opérer un kyste ovarique et enlève un rein droit atteint d'hydronéphrose. Mort.*

Observation XIII

Obs. — *Meadow* 1871. *Croit opérer un kyste de l'ovaire, trouve un kyste du rein ; hémorrhagie par le pédicule, mort le sixième jour.*

Observation XIV

Obs. *Simon opère en* 1866 *une jeune fille de* 22 *ans pour un kyste de l'ovaire. Extirpation de la tumeur impossible. A l'autopsie on reconnaît un kyste du rein.*

Observation XV

Martineau, 1860. Hydronéphrose. Ponction avec le trocart, 9 litres de liquide, puis deuxième ponction peu de temps après. Au bout de deux ans la tumeur a repris son volume primitif, on l'ouvre avec la lancette.

Épanchement de liquide dans l'abdomen. Mort de péritonite.

Observation XVI

Thompson, 1862. Kyste du rein. Ponction. Deuxième ponction onze mois après, troisième ponction après sept ans et quatre mois. Un an et demi après la deuxième ponction, rupture du kyste et mort de péritonite.

Observation XVII

Behier. Tumeur fluctuante prise pour un kyste de l'ovaire. Ponction et issue d'un liquide filant, couleur café au lait. Amélioration momentanée, affaissement de la tumeur. Le liquide se reproduit dix jours après, nouvelle ponction. Mort d'érysipèle six jours après. A l'autopsie : rein kystique, uretère oblitéré par un calcul.

Observation XVIII

Rose. Tumeur fluctuante prise pour un kyste de l'ovaire. Ponction

simple donnant sept pintes d'un liquide rougeâtre. La malade va bien pendant deux ans. Au bout de ce temps, reproduction de la tumeur et nouvelle ponction. Mort avec anasarque. A l'autopsie, kyste du rein gauche. Rein droit dégénéré.

Observation XIX

Spencer Wells, 1868. Femme de 59 ans. Tumeur abdominale à gauche. Diagnostic hydronéphrose. Deux ponctions dans l'espace de trois mois. Cinq mois après la deuxième ponction, la malade fait une chute qui détermine la rupture du kyste. Péritonite, mort.

Observation XX

Pyesmith, 1871. Homme de 24 ans, présentant pendant deux ans des hématuries persistantes. Diagnostic : kyste du rein. 22 août ponction simple donnant issue à du sang et du pus. Mort de septicémie deux mois après.

Observation XXI

Kyste du rein gauche, guéri par la ponction. Autopsie trois ans après Dr Walsh. Brish hospital gaz. (*Revue Hayem* 1873, *t. II p.* 906).

Un homme de 33 ans portait dans la région lombaire une tumeur fluctuante qui fut considérée comme un kyste hydatique du rein et de la rate. Une ponction faite avec un fin trocart donna issue à deux onces d'un liquide clair, et fut suivi rapidement d'accidents de péritonite, qui disparurent en quelques jours. Au vingt-cinquième jour il n'y avait plus trace de la tumeur. Trois ans après, le malade mourut à l'hôpital, d'une maladie de Bright. A l'autopsie on ne trouva du côté malade d'autres traces de péritonite qu'une cicatrice

du péritoine au point où la ponction avait été pratiquée, et quelques adhérences de la rate ; le rein gauche était converti en une poche à parois en partie calcifiées, contenant une once et demie de sérum clair et communiquait avec un uretère perméable.

Observation XXII

Communiquée à l'Adémie de médecine le 6 février 1855.

Médecin portugais, 48 ans. Tumeur prise pour un kyste de la rate. Fluctuation. Consultation de Nélatonet Laugier. Le 5 novembre application caustique. Le 21 ponction avec trocart àrobinet garni de baudruche ; écoulement de quatre litres et demi de pus lié ; canule à demeure.

D'abord amélioration. 35 jours après, mort de septicémie. A l'autopsie, kyste du rein causé par l'obstruction de l'uretère due à des calculs.

Observation XXIII

(*Nicaise. Gazette médicale* 1874)

H.... 49 ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 16 juillet 1873 dans le service de M. Verneuil, salle Saint-Louis n° 18.

Ce malade porte une tumeur de l'abdomen dont il s'est aperçu pour la première fois il y a six mois ; elle était alors, dit-il, grosse comme un œuf de poule et siégeait à droite.

Bonne santé habituelle. Autrefois hémorrhagie intestinale, puis pleurésie quelque temps avant l'apparition de la tumeur.

Cette dernière n'a jamais été et n'est pas douloureuse ; aujourd'hui elle déborde la ligne médiane et s'étend en arrière jusque dans la région rénale. En haut elle va jusqu'au foie, mais elle en est séparée par un sillon, que l'on reconnaît au palper.

La tumeur a un volume considérable ; elle est lisse, sans mamelon sans indurations, ses parois paraissent assez minces et elle donne une fluctuation bien nette.

Aucun phénomène du côté du tube digestif ; la respiration est un peu gênée, par suite du volume de la tumeur.

Le malade n'a jamais uriné de sang : la miction se fait facilement.

Le diagnostic reste indécis ; s'agit-il d'une hydropisie enkystée du péritoine, d'un kyste du foie ou du rein, d'un kyste des parois abdominales, d'un kyste hydatique?

21 *juillet.* — La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures est mesurée depuis l'entrée du malade, et l'on constate qu'elle est moindre qu'à l'état normal. M. Verneuil croit plutôt à une affection du rein.

3 *août.* — Application de la pâte de Vienne pour amasser des adhérences entre elle et la paroi abdominale.

4. — On enlève l'eschare ; nouvelle application de caustique.

5. — Troisième application de caustique.

11. — Ponction de la tumeur au milieu de l'eschare ; issue d'environ deux litres et demi de liquide brunâtre. Sonde de caoutchouc mise à demeure. Injections trois ou quarte fois par jour d'eau tiède phéniquée. Sulfate de quinine. Extrait de quinquina. Vin de Bordeaux.

12. — Examen histologique et chimique du liquide : pas d'urates ni de matière colorante de la bile, seulement globules de pus et de sang.

Jusqu'au 31 août l'état du malade est satisfaisant. Le soir de ce jour, au moment de l'injection, il a éprouvé une vive douleur, suivie de coliques et vomissements. Les jours suivants les douleurs abdominales persistent et deviennent très intenses au moment de l'injection.

Le 5 septembre à 11 heures du matin il survient une hémorrhagie abondante : 700 grammes de sang environ sortent par la plaie. Glace. Potion au perchlorure de fer. A une heure commencent des vomissements qui durent toute la journée ; refroidissement des pieds.

Le 6 septembre à 11 heures du soir, le malade succombe avec des symptômes d'hémorrhagie interne.

Autopsie le 8 septembre. — La cautérisation avait amené des adhérences entre la tumeur et la paroi abdominale ; mais elles étaient très

peu étendues et ne répondaient pas aux dimensions de l'eschare superficielle.

Pas de péritonite. La moitié droite de l'abdomen est occupée par une tumeur liquide considérable mesurant 25 centimètres de hauteur et 18 de largeur. Elle s'étend de la face inférieure du foie repoussé en haut jusque dans la fosse iliaque droite ; latéralement, de la colonne vertébrale jusque sous les fausses côtes, recouvrant largement les région rénales et lombaire.

L'extrémité supérieure est en rapport avec la face inférieure du foie, l'extrémité inférieure s'enfonce dans la fosse iliaque derrière le cœcum qui est soulevé et porté en dedans de sorte que son axe regarde en haut et en dedans. Le colon ascendant contourne la partie interne et inférieure de la tumeur et se continue en ligne droite avec le colon transverse qui est très éloigné du foie et de la grande courbure de l'estomac. Le colon est adhérent à la tumeur par un tissu cellulaire qui se déchire facilement.

Le bord interne de la tumeur est en rapport avec le duodénum qui se sépare facilement avec le scalpel. La veine-cave inférieure est adhérente à la tumeur. En avant et en dedans de la tumeur existe une cavité anormale, de la grosseur du poing, remplie de caillots sanguins. — L'hémorrhagie a dû provenir d'un vaisseau mésentérique altéré par compression.

La tumeur est formée par une dilatation considérable du bassinet ; les calices forment des poches secondaires ; le rein n'est représenté que par quelques plaques minces de tissu rénal.

Conclusions. — Trois faits méritent donc surtout d'attirer l'attention dans cette observation. Ce sont : 1° le peu d'étendue des adhérences déterminées par les cautérisations successives ; 2° la perméabilité de l'uretère, et 3° l'utilité d'une contre-ouverture à la région lombaire si l'on a employé la sonde à demeure et que ce mode de traitement soit resté sans succès, que la cavité se vide mal et qu'il

survienne des phénomènes de rétention. Cette autopsie démontre, en effet, qu'il eût fallu faire une incision lombaire comme dans la néphrotomie ; la poche se serait vidée et le malade étant d'un bon état général eût été dans des conditions favorables à la guérison (Nicaise).

Observation XXIV.

Kyste séro-sanguin du rein droit (Thèse Toureu 1865).

B.., âgé de 57 ans, ébéniste, entre le 18 avril 1865 dans le service de M. Maisonneuve, pour une tumeur abdominale. Rien à noter dans les antécédents, ni coliques d'aucune sorte, ni aucun trouble de la santé.

Au mois d'août 1864 il eut des douleurs très vives dans l'hypochondre droit, et en même temps il s'aperçut que son ventre avait grossi. Les douleurs étaient intermittentes déterminées par le changement de position.

Au mois de juillet 1865, œdème léger des malléoles, quinze jours avant l'entrée diarrhée peu intense, appétit diminué, soif plus vive, amaigrissement, insomnie.

Etat du malade à son entrée. — Le côté droit de l'abdomen est arrondi, bombé. Par la palpation on constate la présence d'une tumeur fluctuante, le liquide paraît distendre beaucoup les parois de la cavité. La matité se confond en haut avec celle du foie, en bas elle s'étend jusqu'à deux ou trois centimètres de la crête iliaque. En dedans elle est limitée par une ligne qui irait de l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à l'épigastre, de sorte qu'en dedans et en haut la matité de la tumeur se confond encore avec la matité du foie.

Le côté gauche de l'abdomen est libre, pas d'ascite. On diagnostiqua un kyste du foie probablement hydatique et le 21 avril on fit une ponction.

Il en sortit un liquide brun foncée, d'une odeur fétide, à

la surface duquel on voyait des paillettes de cholestérine. La quantité de liquide sorti put être évaluée à environ trois litres. Analyse faite, on vit que c'était du sang altéré, on n'y trouva aucun débris d'entozoaires ; on fit une injection de teinture d'iode coupée avec égale partie d'eau et on laissa la canule en place.

Les jours suivants il sort par la canule un liquide foncé de plus en plus fétide et le 4 mai le malade succombe avec des signes d'infection purulente.

Autopsie. — Au niveau de la ponction le kyste adhère intimement à la paroi abdominale. La poche kystique a contracté des adhérences cellulaires avec le bord antérieur et la face inférieure du foie, avec les intestins et le grand épiploon. Ces adhérences sont faibles, elles cèdent devant le doigt qui les presse.

La poche kystique est revenue sur elle-même, elle a une capacité d'un peu moins d'un litre. Elle fait corps avec le rein et proémine surtout du côté du bord convexe de cet organe. Le rein est allongé, la distance entre ses deux extrémités est de 15 centimètres. La surface externe de la poche kystique est lisse, se continue manifestement avec la suface externe du rein ; en d'autres termes la couche la plus externe de la paroi kystique se continue avec la capsule du rein, ce qui démontre que le kyste s'est développé dans l'épaisseur même de cette glande.

En excisant la tumeur, on trouve une seule loge contenant un liquide d'une coloration brunâtre, d'une odeur excessivement infecte ; il y a en outre des sortes de débris de fausses membranes granuleuses, altérées, adhérant faiblement aux parois.

La paroi du kyste constituée par des feuillets fibreux stratifiés a, dans certains points, 5 millimètres d'épaisseur, dans d'autres points, la paroi a plus d'un centimètre.

La couche corticale du rein forme une partie de la paroi du kyste. La cavité du kyste est séparée du bassinet par une partie de substance tubuleuse et une partie de la substance mamelonnée, qui, comprimées, condensées, pressent en ce point la paroi kystique. L'uretère ne communique pas avec la poche kystique.

On trouve, dans les poumons, des abcès métastatiques du volume d'une grosse noisette.

Observation XXVI

Hillier, 1865.

Enfant de 4 ans, présentant une énorme tumeur abdominale. Ponctions répétées autant de fois que la poche se remplit de nouveau. Établissement d'une fistule qui donne passage à de l'urine à peu près pure. Amélioration.

Observation XXV (résumée)

Opération d'une hydronéphrose droite avec établissement d'une fistule du bassinet. Winckel (Revue Hayem 1878 t. XI).

Femme de 21 ans. — Devenue enceinte pour le première fois il y a 18 mois. Vers le milieu de sa grossesse, elle remarqua l'existence d'une tumeur dans le flanc droit. Cette tumeur ne fit qu'augmenter après l'accouchement. En octobre 1876 : vaste tumeur nettement fluctuante dans le côté droit de l'abdomen, et dépassant de huit centimètres la ligne médiane ; indépendante des organes génitaux et du rachis, mais se confondant avec le bord inférieur du foie. Ponction amenant l'issue de 2,500 gr. d'un liquide ne renfermant aucun élément figuré ne contenant pas d'urée.

En décembre Winckel pour établir des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale, enfonce quatre trocarts explorateurs au niveau de l'ombilic mais à trois ou quatre centimètres à droite. Adhérence complète au bout de quatre jours. Incisions entre les ponctions ; issue de liquide d'abord troublé, puis purulent. Winckel reconnaît qu'il a sectionné un centimètre de parenchyme rénal. Dès le 19 janvier l'opérée se levait. Mais elle fut prise alors d'accidents de rétention purulente qui cessèrent par l'introduction d'un gros drain.

Depuis lors plus de fièvre et les restes de la tumeur sont à peine appréciables à la percussion. L'appétit et les digestions sont excellents 1500 centimètres cubes d'urine par jour.

Observation XXVII.

Simon 1870.

Jeune homme de 26 ans. Kyste du rein. Incision sur la ligne axillaire après ponction multiple préalable. Lavages après trois semaines, il s'écoule un liquide séro-albumineux privé de pus : environ 200 grammes par jour.

La fièvre forte après la ponction multiple, disparut après l'incision et le malade engraissa de dix livres en deux mois. La guérison complète ne survenant pas, on essaie des injections d'iode de perchlorure de fer, etc. Pas d'amélioration de l'état local.

L'état général du malade est bon ; il tient sa fistule fermée par un tampon, et n'est nullement gêné pour ses travaux de la campagne.

Observation XXVII

Dr Armandale (*Édinbourg*, *méd. journal avril* 1873)

Homme de 63 ans avec abcès du rein. Incision abdominale oblique comme pour la ligature de l'artère iliaque primitive ; péritoine mis à nu et repoussé en dedans malgré ses adhérences au psoas. Ouverture de la poche qui communique avec le rein, on enlève un calcul et les extrémités de la plaie sont réunies par des sutures. Guérison.

Observation XXV (résumé).

Kyste suppuré du rein traité par le drainage. — Guérison par H. Quincke (*de Berne*). *Revue Hayem* 1878 *t.* XII

Forgeron de 34 ans, à la suite de coups sur le côté gauche, en

1860, il urina du sang pendant quinze jours et resta alité durant quatre semaines. Bien portant jusqu'en 1875. Cette année à la suite de travaux pénibles, il fut pris de douleurs dans la région lombaire gauche avec irradiation vers la symphise. Urines sanglantes pendant deux jours. En 1876 deux crises semblables avec hématurie. Le 31 décembre 1856, sensation de tension dans le côté gauche. Entrée à l'hôpital le 1er février 1877.

Il présente au côté gauche du corps, une voussure très nette causée par une tumeur lisse, résistante, ovale, plus grosse qu'une tête d'enfant. Vers l'épigastre, la tumeur atteint presque la ligne médiane en bas, elle dépasse un peu l'ombilic et s'étend en arrière jusqu'à la colonne vertébrale et à la moitié supérieure de la région lombaire. En haut la matité remonte sur le côté gauche du thorax jusqu'au niveau de la première vertèbre dorsale, en avant elle se confond avec celle du cœur qui est légèrement refoulé à droite.

Les jours suivants, la tumeur semble plus molle et s'abaisse manifestement au moment des inspirations; dans toute son étendue, elle offre une fluctuation très nette, 1,400 gram. d'urine acide, troublée par du pus et renfermant de l'albuminurie. Le matin, temp. normale; le soir, 38° à 40°.

Le 12 *février*, ponction aspiratrice et issue de 4,200 gr. de pus fluide.

Le 17, la tumeur s'était reformée et les exacerbations le soir revenues.

Incision cutanée de trois centimètres de long sur la ligne mamelonnaire à un centimètre au-dessous des fausses côtes; application de pâte au chlorure de zinc.

Le 9 *mars*, l'eschare étant soulevée, il s'écoule 2,000 cent. cubes de liquide inodore, séro-purulent. Un stylet pénétra de vingt-trois centim. sans heurter de corps dur : à l'aide d'un trocart courbe on fait passer un gros drain par une contre ouverture en arrière sous la douzième côte.

Pansement de Lister.

Les jours suivants : bon état général, pas de fièvre. On renou-

velle le tube à drainage toutes les semaines. Diminution graduelle de l'écoulement purulent.

Les premiers jours de mai, le malade se lève.

Le 10 *mai*, impossible de réintroduire le drain ; on mit un tube distinct dans chaque ouverture.

A la fin de juin, les plaies sont complètement cicatrisées. On ne sent plus aucun vestige de tumeurs.

Observation XXX

Hydronéphrose rapide terminée par la rupture de la poche et la mort du malade (Blondeau, *Gazette des hôpitaux* 1874, p. 828) résumée.

Vieillard de 68 ans. 24 février 1874. Accès de fièvre violent avec frisson le soir. Le lendemain 25 février. Douleurs généralisées, et en particulier douleur vive à la base de la poitrine en arrière et à droite. P. 100. Mal de gorge ; amygdalite et pharyngite, puis muguet, Coliques néphrétiques antérieures. Urines normales sans albumine. Exploration de l'abdomen négative.

20 *février*. — Dans l'abdomen, tumeur arrondie, du volume d'un petit œuf d'autruche, dure, lisse, sans apparence de fluctuation. En tenant compte des antécédents : coliques néphrétiques, graviers encore l'avant veille dans les urines, on diagnostique hydronéphrose.

Le 27. — Tumeur plus volumineuse, et fluctuation.

Le 28. — Consultation où l'on discute l'opportunité d'une ponction ; le médecin appelé en consultation la repousse.

Le 29 au soir : Coma, pouls 160, respiration 60. Ventre ballonné, plus de tumeur, mais masse dure, mal circonscrite qui semble en être le rudiment. Région lombaire tuméfiée, œdématiée. Diagnostic ; rupture du rein.

BIBLIOGRAPHIE

Rayer. — Traité des maladies du rein.
Moreau. — Thèse de Paris, 1868.
Spencer Wells. — Gaz. hebdom. 1867, p. 318.
Lécorché. — Traité des maladies du rein.
Lancereaux. — Dict. encyclopédique des sciences médicales, art. rein.
Bulletin de la Société anatomique.
Revue des sciences médicales de M. Hayem.
Cazaux. — Thèse de Paris, 1878.
Toureu. — Thèse de Paris, 1865.
Heusser. — Thèse de Zurich, 1878.
Simon. — Chirurgie des reins.
Béraud. — Thèse de Paris, 1861.
Archives de médecine, 1850, t. II, p. 534.
Melchior Torre. — Thèse de Paris, 1878.
Nepoen. — Archives de médecine, 1875. De l'extirpation du rein.
Chappuis. — Thèse de Paris, 1877.
Dumontpallier. — Société de méd. des hôpitaux, 27 mars 1874.

Imp. A. Derenne, Mayenne. — Paris, boulevard Saint-Michel, 52.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie histologie. — Articulation du coude.

Physiologie. — Du toucher

Physique. — Conductibilité des corps pour la chaleur.

Chimie. — De la potasse, de la soude et de la lithine ; leurs préparations, leurs caractères distinctifs.

Histoire naturelle. — Caractères généraux des arachnides, leur division ; des araignées et des scorpions. Quels sont les arachnides qui habitent le corps de l'homme sarcopte, demodex, etc.) ?

Pathologie externe. — De la pourriture d'hôpital et de son traitement.

Pathologie interne. — De la maladie désignée sous le nom de goître exophthalmique.

Pathologie générale. — De l'influence des causes morales dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des hydatides du foie.

Médecine opératoire. — De la résection du genou et de ses indications.

Pharmacologie. — Qu'entend-on par saccharolés ? Comment les divise-t-on ? Des gelées, des pâtes, des tablettes, des pastilles et des saccharures.

Thérapeutique. — Des injections médicamenteuses sous-cutanées.

Hygiène. — Des vêtements.

Médecine légale. — Caractères distinctifs des taches de sperme.

Accouchements. — De l'hydramnios.

Vu par le président de la thèse,

RICHET.

Vu et permis d'imprimer,

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

GRÉARD.